

SUSANA CRISTINA TEIXEIRA MELO

RELAÇÃO ENTRE PERCEÇÃO DA TENSÃO
ARTERIAL ELEVADA E O ESTILO DE VIDA
ADOTADO:
ESTUDO EXPLORATÓRIO

Universidade Fernando Pessoa

Porto, 2012

SUSANA CRISTINA TEIXEIRA MELO

RELAÇÃO ENTRE PERCEÇÃO DA TENSÃO
ARTERIAL ELEVADA E O ESTILO DE VIDA
ADOTADO:
ESTUDO EXPLORATÓRIO

Universidade Fernando Pessoa

Porto, 2012

SUSANA CRISTINA TEIXEIRA MELO

RELAÇÃO ENTRE PERCEÇÃO DA TENSÃO
ARTERIAL ELEVADA E O ESTILO DE VIDA
ADOTADO:
ESTUDO EXPLORATÓRIO

Dissertação apresentada à Universidade Fernando Pessoa como parte dos Requisitos para a obtenção do grau de Mestre em Psicologia Clínica e da Saúde sob orientação da Professora Doutora Isabel Silva e coorientação da Professora Doutora Carla Fonte.

Susana Melo

“ A vida é sempre a mesma para todos: rede de ilusões e desenganos. O quadro é único, a moldura é que é diferente.”

Florbela Espanca

AGRADECIMENTOS

Agradeço aos meus pais, por tudo.

Agradeço ao meu irmão pelo apoio ao longo de todo o curso.

Ao João, por estar sempre presente e por fazer parte da minha vida.

Agradeço às Professoras Doutoras Isabel Silva e Carla Fonte pela orientação e motivação dada ao longo deste percurso.

A todos os amigos que estiveram presentes e que sem eles tudo seria bem mais difícil.

RESUMO

A hipertensão arterial é uma doença de fácil diagnóstico e cujo tratamento se revela eficaz na maioria dos casos, no entanto continua haver doentes por ser diagnosticados e pessoas a morrer ou a desenvolver doenças secundárias por ignorarem os sintomas da doença. O presente estudo de carácter exploratório, transversal, correlacional, procurou analisar a relação entre a percepção da tensão arterial elevada e o estilo de vida adotado. Foi avaliado numa amostra de 202 participantes com idades entre os 18 e os 78 anos de idade ($M=38,6$; $DP=15,24$) composta por 53% mulheres e 47% de homens, além disso 78,2% dos participantes não apresenta diagnóstico de tensão arterial elevada, e 21,8% apresenta diagnóstico de tensão arterial elevada. Os participantes responderam a um questionário sociodemográfico, ao Questionário de Percepção da Doença para Pessoas Saudáveis (**IPQ-RH**), e ao Questionário de Atitudes e Comportamentos de Saúde (**QACS**). Observou-se que os participantes são associa os sintomas corretos à tensão arterial elevada, sendo que em geral, existe a percepção de que se trata de uma doença crónica, com consequências negativas para o doente, mas que o próprio pode controlar a sua evolução. Os sujeitos com diagnóstico de tensão arterial elevada apresentam uma representação emocional mais negativa da doença e a percepção de que esta é cíclica do que os que não têm esse diagnóstico. A idade e escolaridade estão correlacionadas com uma maior percepção da doença. As principais causas associadas pelos participantes à doença foram o stress ou preocupação, excesso de peso, e alimentação. Relativamente aos estilos de vida, os participantes do sexo masculino, solteiros e estudantes praticam mais exercício físico. Os participantes do sexo feminino demonstram mais preocupação com a alimentação do que os do sexo masculino. Os resultados do presente estudo permitem estabelecer uma relação entre a percepção da tensão arterial elevada e o estilo de vida adotado, tendo-se verificado que, uma melhor compreensão sobre a doença e uma representação emocional mais negativa da mesma estão relacionados com a adoção de estilos de vida mais adequados.

Palavras-chave: Tensão arterial elevada, percepção de doença estilo de vida.

ABSTRACT

Hypertension is an easily diagnosed disease and whose treatment proves to be effective in most cases, however there continues to exist diagnosed and sick people who die because of it or develop secondary diseases by people that ignores the disease symptoms. This exploratory, transversal, correlational study focus on the relationship between the perception of high blood pressure and the lifestyle adopted. It was assessed in a sample of 202 participants aged 18 to 78 years of age ($M=38,6$; $DP=15,24$), 53% woman, 47% men; 78.2% without a diagnosis of high blood pressure, and 21,8% diagnosed with high blood pressure. The participants answered to a Sociodemographic questionnaire, the Illness Perception Questionnaire for Healthy People (IPQ-RH) and to the Attitudes and Behaviors Questionnaire Health (QACS) . Participants associated to high blood pressure the correct symptoms, and show to present a perception that this disease is a chronic, that it has negative consequences for the patient, but also that individual himself/herself can control progression. The subjects diagnosed with high blood pressure have a more negative emotional representation of the disease and they also have a higher perception that it is cyclical. The age and education have a strong weight in the perception of the disease. The main causes associated to high blood pressure were stress or concern, overweight, overworked and food. Participants those who are males, singles and students practice more exercise. Female participants show more concern about food than men.. The results of this study allow us to establish a relationship between perception of high blood pressure and the lifestyle adopted. A better understanding of the disease and a more negative emotional representation of it are related to a healthier lifestyle.

Key-words: High blood pressure, illness perception, lifestyle.

ÍNDICE

Índice de Quadros

Índice de Anexos

INTRODUÇÃO..... 1

PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....11

Capítulo 1 – Perceção da saúde e da doença.....6

1.1. Definição e evolução do conceito de saúde e doença.....6

1.2.Saúde e doença: Abordagens teóricas.....11

1.2.1. Modelo biomédico.....11

1.2.2. Modelo biopsicossocial.....13

1.2.3. Modelo holístico.....14

1.3.Perceção da doença: Crenças e modelos explicativos.....16

1.3.1. Modelo de crenças da saúde.....17

1.3.2. Modelo de auto-regulação.....18

Capítulo 2 – Tensão arterial elevada e estilo de vida.....24

2.1 Definição conceptual de estilo de vida.....24

2.2 Importância de um estilo de vida adequado na tensão arterial elevada.....28

2.3 Fatores imprescindíveis para um estilo de vida saudável.....29

2.3.1. Alimentação.....29

2.3.2. Exercício físico.....30

2.3.3. Tabagismo.....31

2.3.4. Stress.....32

2.4. Promover um estilo de vida saudável.....3

PARTE II – ESTUDO EMPÍRICO

1. Pertinência.....	37
2. Objetivos.....	37
3. Variáveis do estudo.....	40
4. Participantes.....	40
5. Material.....	42
5.1.Questionário Sociodemográfico.....	43
5.2. IPQ-RH – Questionário de Percepção da Doença para Pessoas Saudáveis...	43
5.3. QACS – Questionário de Atitudes e Comportamentos de Saúde.....	46
6. Procedimento.....	48
7. Resultados.....	49
8. Discussão.....	75
9. Conclusão.....	79

REFERÊNCIAS

ANEXOS

ÍNDICE DE QUADROS:

Quadro 1 – Média de idade dos participantes (N=202).....	41
Quadro 2 – Distribuição dos participantes de acordo com o estado civil.....	41
Quadro 3 – Distribuição dos participantes de acordo com a escolaridade (N=202).....	42
Quadro 4 – Distribuição dos participantes de acordo com a profissão.....	42
Quadro 5 – Consistência interna e fidelidade do estudo segundo o teste alfa de cronbach para o IPQ-RH.....	45
Quadro 6 – Consistência interna e fidelidade do estudo segundo o teste alfa de cronbach no QACS.....	47
Quadro 7 – Dimensão Identidade na tensão arterial elevada (N=202).....	49
Quadro 8 – Dimensão Identidade na tensão arterial elevada (N=202).....	49
Quadro 9 – Descrição das diferenças entre o sexo feminino e masculino quanto à percepção dos sintomas da subescala identidade na tensão arterial elevada.....	50
Quadro 10 – Descrição das diferenças entre sujeitos com diagnóstico de tensão arterial elevada e sem diagnóstico de tensão arterial elevada quanto à percepção dos sintomas da subescala identidade na tensão arterial elevada.....	51
Quadro 11 – Relação entre a idade e escolaridade e a subescala identidade.....	51
Quadro 12 – Descrição das diferenças entre estados civis quanto à percepção dos sintomas da subescala identidade na tensão arterial elevada.....	52
Quadro 13 – Descrição das diferenças entre atividades profissionais quanto à percepção dos sintomas da subescala identidade na tensão arterial elevada.....	53
Quadro 14 – Dimensões (distribuição do número de itens de cada subescala) do IPQ-RH.....	54

Quadro 15 – Descrição das diferenças entre o sexo feminino e masculino na 2 secção do IPQ-RH.....	55
Quadro 16 – Descrição das diferenças entre participantes com diagnóstico de tensão arterial elevada e sem diagnóstico de tensão arterial elevada na 2 secção do IPQ-RH.....	56
Quadro 17 – Relação das dimensões da 2 secção do IPQ-RH com a idade.....	57
Quadro 18 – Relação das dimensões da 2 secção do IPQ-RH com a escolaridade.....	58
Quadro 19 – Descrição das diferenças no estado civil na 2 secção do IPQ-RH.....	59
Quadro 20 – Descrição das diferenças entre atividades profissionais na 2 secção do IPQ-RH.....	59
Quadro 21 – Dimensões da 3 secção (distribuição do numero de itens de cada subescala) do IPQ-RH.....	60
Quadro 22 – Itens da dimensão atribuição psicológica da 3 secção (distribuição do numero de itens de cada subescala) do IPQ-RH.....	61
Quadro 23 – Itens da dimensão fatores de risco da 3 secção (distribuição do numero de itens de cada subescala) do IPQ-RH.....	61
Quadro 24 – Itens da dimensão outras causas da 3 secção (distribuição do numero de itens de cada subescala) do IPQ-RH.....	62
Quadro 25 – Descrição das diferenças entre o sexo feminino e masculino na 3 secção do IPQ-RH.....	62
Quadro 26 – Descrição das diferenças entre participantes com diagnóstico de tensão arterial elevada e sem diagnóstico de tensão arterial elevada na 3 secção do IPQ-RH.....	63
Quadro 27 – Relação das dimensões da 3 secção do IPQ-RH com a idade.....	64
Quadro 28 – Relação das dimensões da 3 secção do IPQ-RH com a escolaridade.....	64
Quadro 29 – Descrição das diferenças no estado civil na 3 secção do IPQ-RH.....	65
Quadro 30 – Descrição das diferenças entre atividades profissionais na 3 secção do IPQ-RH.....	65

Quadro 31 – Hierarquização de causas 1, 2 e 3 (N=202).....	66
Quadro 32 – Fatores que compõe o QACS (n=202).....	65
Quadro 33 – Descrição das diferenças entre o sexo feminino e masculino nos 5 fatores do QACS.....	68
Quadro 34 – Descrição das diferenças entre participantes com diagnóstico de tensão arterial elevada e sem diagnóstico de tensão arterial elevada nos 5 fatores do QACS...	69
Quadro 35 – Relação dos 5 fatores do QACS com a idade.....	69
Quadro 36 – Relação dos 5 fatores do QACS com a escolaridade.....	70
Quadro 37 – Descrição das diferenças no estado civil nos 5 fatores do QACS.....	71
Quadro 38 – Descrição das diferenças no estado civil nos 5 fatores do QACS.....	71
Quadro 39 – Relação entre a identidade do IPQ-RH e os 5 fatores do QACS.....	72
Quadro 40 – Relação entre a 2 secção do IPQ-RH e os 5 fatores do QACS.....	73
Quadro 41 – Relação entre as causas do IPQ-RH e os 5 fatores do QACS.....	74

ANEXOS

Anexo 1: Consentimento informado

Anexo 2: Questionário Sociodemográfico

Anexo 3: Questionário de Perceção da Doença para Pessoas Saudáveis

Anexo 4: Questionário de Atitudes e Comportamentos de Saúde

Anexo 5: Autorização para a utilização do IPQ-RH.

Anexo 6: Autorização para a utilização do QACS.

Anexo 7: Parecer da Comissão de Ética da Universidade Fernando Pessoa

Introdução

Segundo a Organização Mundial de Saúde (WHO, 2002) estima-se que a tensão arterial elevada seja responsável por cerca de 7,1 milhões de mortes no mundo e que contribua para o aparecimento de 62% das doenças cerebrovasculares e 49% dos casos de doença isquémica cardíaca.

A hipertensão pode ser classificada como primária (ou essencial) e secundária. Em 95% dos casos a hipertensão enquadra-se no primeiro grupo – primária – e, abrange todas aquelas situações em que não é possível determinar uma causa concreta. Na hipertensão secundária existe uma causa determinada normalmente devido a uma anomalia orgânica (Rocha & Macedo, 2007).

A tensão arterial elevada é considerada, não só, como o principal factor de risco para a morte, mas também, como o terceiro determinante mais importante de morbilidade –anos de vida ajustados para a incapacidade (Ezatti et al., 2002). Em cerca de 95% dos casos desconhece-se a causa da tensão arterial elevada (Guyton & Hall, 2002). O aumento anormal da tensão arterial, para além de levar à morte nalguns casos e, poder ser o responsável por doenças cardiovasculares, é um dos principais fatores de risco para acidentes vasculares cerebrais (Toschike et al., 2011), diminuição da visão e insuficiência renal (Guyton & Hall, 2002; Ramalhinho, 2006).

Esta pode estar relacionada com hábitos de vida ou com preponderante tendência hereditária. Apenas em 5% dos casos é que as causas associadas à tensão arterial elevada podem emergir de anomalias orgânicas, como por exemplo a obesidade (Guyton & Hall, 2002). No entanto, são diversos os fatores que poderão estar associados à tensão arterial elevada, tais como: o sedentarismo, o *stress*, o tabagismo, o envelhecimento, a história familiar, a raça, o género, o peso e fatores diabéticos. Mediante os fatores nutricionais estudados e, aos quais se associa à alta prevalência arterial, encontra-se o elevado consumo de álcool, de sódio e excesso de peso (Molina, et al., 2003). Entre outros estados emocionais, a ansiedade e o medo acionam mecanismos de defesa no organismo que podem causar aumentos da tensão arterial ainda que temporários (Rocha & Marilda, 2006).

A gravidade da hipertensão arterial depende de fatores biológico-demográficos das populações, do estilo de vida predominante em cada uma delas, do ambiente físico e psicossocial e até das características da organização dos serviços de saúde e da interação entre todos estes elementos (Hartman et al., 2007).

Em Portugal, os níveis de tensão arterial elevada conhecida, tratada e controlada são mais elevados relativamente à maioria dos países Europeus (Macedo, 2005). A tensão arterial elevada em Portugal afeta mais de 40% da população adulta (Ministério da Saúde, 2011). Existem cerca de dois milhões de hipertensos em Portugal, dos quais apenas metade tem conhecimento de que é hipertenso, apenas um quarto está medicado e, apenas 16% está controlado (Ministério da Saúde, 2011).

A maioria das pessoas não tem qualquer sintoma, mesmo quando os valores da tensão arterial atingem resultados considerados perigosos para o organismo (Ministério da Saúde, 2011). Este facto contribui, em grande parte, para o insucesso no tratamento da hipertensão. A gravidade da hipertensão arterial poderá ser, de certa forma, desvalorizada devido à falta de sintomas, o que acaba por originar consequências negativas ao nível da adesão e toma da medicação prescrita – a qual pode ser descontinuada por haver uma percepção da mesma por ausência de sintomas (Alves & Nunes, 2006).

O facto do doente não sentir dor ou desconforto faz com que, em geral, não adira na totalidade ao tratamento, sendo que, na maioria das doenças é a dor e o desconforto que fazem com que o doente tome a medicação prescrita e siga as recomendações do médico (Rocha & Marilda, 2006).

Apesar de raros, alguns dos sintomas que podem ocorrer são dores de cabeça, sensações de calor ou cansaço, dificuldade em respirar e sensação de pressão no peito (Vaz, 2007).

Relativamente à sua prevalência, a tensão arterial elevada é mais frequente nos homens, nas pessoas com menor grau de escolaridade, naqueles que estão profissionalmente inativos, nas pessoas com obesidade, com diabetes, nos hipercolesterolénicos e, naqueles que têm antecedentes cardiovasculares. Sabe-se que, é maior a predominância da tensão arterial nos residentes de áreas urbanas, nos solteiros e naqueles que reportam terem tido mais de três consultas por ano (Oliveira et al., 2011).

Para que a prevenção seja eficaz, a qual aposta no processo educativo, é necessário conhecer a atitude de cada pessoa a respeito da doença (Peres, Magna & Viana, 2003).

Atualmente é sabido que a adoção de um estilo de vida saudável pode ajudar a prevenir o aparecimento da doença, assim como, a sua deteção e acompanhamento precoce pode reduzir o aparecimento de doenças associadas à hipertensão (Ministério da Saúde, 2011). São necessários esforços para melhorar o estilo de vida e o cuidado do doente com esta condição (Wagner, 2001).

A prevalência na população, a gravidade das consequências e o seu elevado custo para o sistema de saúde, visto que desencadeia uma serie de doenças secundárias, justifica que a hipertensão arterial seja alvo de investigação.

A investigação revela que o tratamento e controlo dos doentes diagnosticados com tensão arterial elevada ainda tem um longo caminho a percorrer, mesmo nos países mais desenvolvidos em que a população acaba por ter mais apoio na saúde e mais acesso a informação (Oliveira et al, 2011).

Apesar de ter crescido, nos últimos anos, o reconhecimento da gravidade da doença, e da importância do tratamento e o controlo da tensão arterial elevada, muitos hipertensos em várias regiões do mundo ainda desconhecem a sua condição. Conhecer a taxa de deteção, controlo, assim como, a percepção da pessoa com hipertensão arterial sobre a sua condição é essencial para traçar estratégias de promoção e prevenção (Nogueira et al., 2010).

Neste sentido, surge a necessidade de desenvolver estudos que compreendam o conhecimento e percepção que a população tem acerca da tensão arterial elevada. É necessário recolher informação que possa contribuir para a prevenção e controlo da hipertensão. Perceber quais os sintomas e consequências que as pessoas associam à hipertensão será uma forma de entender a atitude das mesmas perante a doença.

A Organização Mundial de Saúde (OMS, 1986) refere que, para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social, o indivíduo ou o grupo devem estar aptos a identificar e realizar as suas aspirações, a satisfazer as suas necessidades e a modificar ou adaptar-se ao meio em que estão inseridos, mas será que temos nós o conhecimento necessário para nos adaptarmos ao meio e desta forma melhorar a nossa condição física, mental e social? Ou, simplesmente não fazemos essa adaptação,

mesmo sabendo que ela é fundamental para a saúde? Talvez exista uma incoerência entre a informação que cada pessoa tem acerca da tensão arterial elevada e entre a forma como vive o seu dia-a-dia e nos hábitos diários que adota.

O estudo presente nesta dissertação não se prende apenas com a percepção da doença, mas também com a análise do estilo de vida de cada indivíduo. Desta forma, pretende-se compreender até que ponto a percepção que cada pessoa tem sobre a tensão arterial elevada está relacionada com o estilo de vida que adota.

Os principais objetivos do presente estudo são fazer uma caracterização da percepção da tensão arterial elevada e caracterizar o estilo de vida adotado por cada indivíduo. Neste sentido, a parte teórica deste estudo divide-se em dois capítulos, sendo eles a percepção da saúde e da doença na tensão arterial elevada (Capítulo 1) e o estilo de vida adequado na tensão arterial elevada (Capítulo 2). O Capítulo 1 analisa a associação entre a percepção de saúde e o comportamento do indivíduo perante a tensão arterial elevada. Serão abordados modelos teóricos da saúde e da doença, assim como algumas crenças e modelos explicativos que permitirão compreender o comportamento do indivíduo perante a sua saúde. O Capítulo 2 abrange uma abordagem teórica das definições de estilo de vida e, uma exploração e revisão de estudos efetuados relacionados com o estilo de vida e a tensão arterial elevada apresentando também algumas propostas de programas de intervenção com vista à mudança de hábitos de vida.

A segunda parte do estudo é dedicada às questões metodológicas. A parte prática do estudo é apresentada através da especificação do tipo da investigação, os objetivos e método. Dentro do método, é feita uma descrição dos participantes, do material e do procedimento. Segue-se a apresentação dos resultados e posterior discussão dos mesmos.

Segundo Teixeira (2004) a finalidade principal do psicólogo da saúde é compreender de que forma é que, através de intervenções psicológicas, se pode contribuir para melhorar o bem-estar de cada pessoa, tentando compreender como é que os fatores comportamentais e sociais influenciam na saúde. A pretensão deste estudo é corresponder da melhor forma a esta definição e apresentar dados que possam ser relevantes no tratamento da tensão arterial elevada.

CAPITULO I - Percepção da saúde e da doença na tensão arterial elevada

Este capítulo, procura analisar a relação da percepção da saúde e a doença no comportamento do indivíduo com tensão arterial elevada. Neste sentido, para além da evolução dos conceitos de saúde, serão também abordados alguns modelos teóricos específicos, assim como crenças e modelos explicativos com conceitos distintos e complementares, que constituem um contributo inquestionável para a análise e compreensão do comportamento do indivíduo perante a sua saúde/doença.

1.1 Definição e evolução dos conceitos de saúde e de doença.

A boa saúde e uma vida longa são objetivos importantes para a maioria das pessoas. As concepções de saúde e de doença constituem variáveis socialmente determinadas, sendo a sua identificação um meio de acesso ao significado que os indivíduos conferem aos seus atos, principalmente aqueles com influência perentória no estado de saúde e de doença individual e do grupo (Duarte, 1998; Stroebe & Stroebe, 1995).

Cada indivíduo incorpora todo um conjunto de habilidades e experiências sobre a saúde e a doença. Através das tradições, informações corporais e informações provenientes dos profissionais de saúde, o sujeito cuida de si próprio. As mensagens que lhe vão sendo transmitidas no meio em que está inserido e a sua experiência, contribuem para a construção de uma definição pessoal sobre o que é a saúde e/ou doença, assim como a importância que lhe é atribuída (Pereira, 2008).

No século IV a.C., Hipócrates definiu a saúde como sendo o estado no qual as substâncias constituintes (humor viscoso, bílis amarela e bílis negra) estão numa proporção equilibrada em relação umas às outras, tanto em força como em quantidade e bem misturadas (Moniz & Barros, 2005). A doença aparece quando uma destas substâncias se encontra em défice, excesso, ou separada do corpo - não estando bem misturada com as outras (Moniz & Barros, 2005).

Entretanto, até ao século XIX, quando ainda se desconheciam as causas de muitas patologias, a saúde e a doença eram aceites em função da boa ou má sorte. Durante muito tempo, a saúde foi considerada como o oposto da doença. Esta era

conceitualizada através de anomalias físicas e/ou biológicas e considerada como um acontecimento accidental, algo que não se podia evitar e que fazia parte do destino de cada um de nós (Larrea & Plana, 1993). A abordagem da saúde e da doença ao longo de várias décadas esteve centrada numa visão que comparava o corpo a uma máquina, a doença a uma avaria e o tratamento como sendo a reparação dessa mesma máquina (Freund & McGuire, 1995; Quartilho, 2001). A saúde era entendida como a ausência da doença, dando-se particular atenção ao seu controlo, evolução e regresso ao estado saudável. Desta forma, a doença era então definida como a ausência da saúde e perturbação da mesma (Goldim, 2002; Rosen, 1993).

Após a II Guerra Mundial, surgiu a Organização Mundial de Saúde (OMS), a que apresentou a sua definição de saúde, na Carta de Ottawa (1986), afirmando que a saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou estado de enfermidade. Esta foi, até então, a definição mais completa de saúde apresentada, já que a abordou pela primeira vez no seu todo, descentralizando-se da dimensão física (Mendes, 2008). No entanto, a amplitude do conceito da OMS acarretou várias críticas, uma vez que a saúde seria pois considerada algo ideal, mas quase que inatingível (Scliar, 2007). Posto isto, a OMS (1986) procurou completar esta definição, assumindo que a noção de saúde deveria envolver a capacidade de cada indivíduo ou grupo, realizar as suas aspirações e satisfazer as suas necessidades básicas.

A saúde passou a ser vista como “um recurso para a vida de todos os dias, uma dimensão da nossa qualidade de vida e não o objetivo de vida” (Ribeiro, 1998, pp.86). Segundo Goldim (2002), esta definição indica que a saúde é um processo constante e deve ser trabalhado para obter sempre os melhores resultados possíveis. Nesse sentido, a saúde e o bem-estar físico e mental não dependem apenas do próprio indivíduo mas também da sociedade e das estruturas de saúde proporcionadas, as quais são fundamentais.

Por sua vez, Ewles e Simnett (1999) consideram que o termo saúde é determinado pelo fato do ser humano ter a capacidade para se adaptar continuamente às exigências das constantes mudanças, expectativas e estímulos da vida. Este conceito aproxima-se do criado pela OMS em 1986, representando uma visão mais dinâmica da saúde e, por sua vez, mais próxima da realidade.

A verdade é que para grande parte da população, ser saudável pode apenas significar ausência de sinais ou sintomas de doença. Na maioria dos casos, a saúde só é

valorizada quando a doença ou outros problemas de saúde interferem com a vida quotidiana, obrigando o indivíduo depois a alterar a sua rotina diária ou mesmo a parar a sua atividade profissional (Carvalho, 2007). Contudo, existem algumas formas mais positivas de pensarmos em saúde, que associam o seu significado à força, robustez e às reservas a que se poderá recorrer para lutar contra a doença e gerir situações de stress ou de fadiga. Deste modo, a doença pode ser intimamente associada ao estado de humor, aos sentimentos e a um estado de equilíbrio (Carvalho, 2007; Ewles & Simnett, 1999).

Foi esta busca do equilíbrio que permitiu a descentralização da atenção na doença, para a focalização na procura da saúde, no ser-se saudável e no bem-estar. Ewles & Simnett (1999) classificam a saúde como sendo composta por várias dimensões:

- Dimensão física, no fundo a mais reconhecida, que está ligada ao funcionamento do organismo humano;
- Dimensão mental, referente à capacidade de a pessoa pensar clara e coerentemente;
- Dimensão emocional, que diz respeito ao reconhecimento das emoções;
- Dimensão espiritual, que se refere às crenças de cada um;
- Dimensão social, que é a capacidade de nos relacionarmos uns com os outros no contexto social;
- Dimensão ambiental ou o meio envolvente.

A definição de saúde ajudou a clarificar e organizar o conceito de doença. A língua inglesa utiliza três termos para a especificar (Ribeiro, 1998): Disease (estar doente) - refere-se a entidades nosológicas associadas a um conjunto de sintomas físicos suscetíveis de serem diagnosticados; Illness (sentir-se doente) - está associado à experiência subjetiva e aos sentimentos relacionados com essa alteração e Sickness (comportar-se como doente) - refere-se a um conjunto de comportamentos associados a pessoas rotuladas como não saudáveis. Estas definições e distinções não são lineares, uma vez que pode ser possível a existência de doença sem que o indivíduo se aperceba disso mesmo.

Da investigação sobre a definição e evolução do conceito de saúde, outros conceitos foram emergindo, tais como o de promoção da saúde e o de saúde pública,

todos eles igualmente importantes para o estudo da hipertensão arterial. Nesse sentido, segue-se uma breve descrição dos progressos feitos ao nível da promoção da saúde e o surgimento da definição de saúde pública.

Com a finalidade de reunir representantes de todo o mundo para partilhar conhecimentos, experiências e debater a saúde, foram sendo negociadas várias declarações ao longo dos anos com base na promoção da saúde, tais como:

- Declaração de Alma-Ata (1978)
- Carta de Ottawa (1986)
- Declaração de Adelaide (1988)
- Declaração de Sundsvall (1991)
- Declaração de Jacarta (1997)
- Declaração do México (2000)
- Carta de Bangucoque (2005).

Estas conferências são o fruto de programas de saúde pública elaborados com o objetivo melhorar e garantir a saúde a todos. A Declaração de Alma-Ata (1978) ampliou a visão da importância dos cuidados de saúde, valorizando a saúde como componente central do desenvolvimento humano. De seguida, a Conferência de Ottawa (1986) emerge de um movimento de saúde pública a nível mundial, na procura da saúde e do bem-estar. Esta salienta a importância da promoção da saúde. Foi a 1ª Conferência Internacional sobre a Promoção da Saúde. A Declaração de Adelaide (1988), a Declaração de Sundsvall (1991), a Conferência de Sundsvall são o seguimento dos programas elaborados para promover a saúde. A Declaração de Jacarta (1997, Indonésia), vem afirmar que a saúde é um direito fundamental do ser humano e um fator indispensável para o desenvolvimento económico e social, afirma que “A pobreza é, acima de tudo, a maior ameaça à saúde”, sendo que, “as estratégias de promoção da saúde podem provocar e modificar estilos de vida assim como as condições sociais, económicas e ambientais que determinam a saúde”. (pág. 4, A declaração de Jacarta, 1997). A Declaração do México (2000) e a carta de Bangucoque (2005), são as mais recentes abordando, assim como nas anteriores, os determinantes da saúde num mundo globalizado através da promoção da saúde.

No geral, a saúde é vista como um bem a atingir e a preservar. Através de um serviço nacional de saúde, prestador de assistência com igualdade e de forma gratuita, da

criação de condições económicas, sociais e culturais que garantam a proteção da infância, juventude e velhice e da promoção de uma cultura física e desportiva, juntamente com os saberes, crenças e preconceitos de cada um, será possível ter as bases fundamentais para o tratamento da doença (Pereira, 1987; Pereira, 2008). Neste sentido, como nem sempre existem as condições para o tratamento eficaz das doenças, é fundamental apostar na sua prevenção. Conhecer os fatores que interferem no processo saúde-doença e reconhecer a influência das condições sociais sobre o mesmo, é a melhor forma de promover a saúde.

A hipertensão arterial é considerada um problema de saúde pública, pela sua magnitude, os seus riscos e dificuldades no seu controlo (MacMahon, Peto, & Cutler, 1995).

Afeta milhões de pessoas em todo o mundo, tanto nos países desenvolvidos como nos países em desenvolvimento e tem-se vindo a transformar progressivamente num dos mais graves problemas de saúde pública, atingindo sobretudo adultos, em especial os mais idosos (Carvalho, Teloralli, & Machado, 1998). Modificar e desenvolver um comportamento de saúde adequado implica modificar consciências (Grenn, 1984). A saúde é construída e vivida pelas pessoas dentro daquilo que fazem no seu dia-a-dia, através do cuidado consigo mesmo e com os outros (Carta de Ottawa, 1986).

1.2. Saúde e doença: Abordagens teóricas

No campo das ciências da saúde, tem-se vindo a desenvolver um debate entre correntes de pensamento diferentes, mas que tentam responder a questões comuns, como a definição do conceito de saúde, as causas da saúde ou doença e a intervenção sobre as mesmas.

Ao longo da História, diversos modelos de saúde têm ocupado lugar de destaque na prática da Medicina e, de certa forma, também no papel crescente da Psicologia nesse domínio. Três dos modelos mais relevantes e que tiveram maior impacto foram o Modelo Biomédico, o Modelo Biopsicossocial e o Modelo Holista (Reis, 2005). A

exploração destes modelos visa a compreensão da adesão do paciente às ações preventivas e aos tratamentos de saúde e doença.

1.2.1. Modelo Biomédico

O modelo biomédico ou mecanicista, tem as suas raízes históricas vinculadas ao contexto do Renascimento e em toda a revolução artístico-cultural que também ocorre nessa época (Barros, 2002). Este modelo baseia-se numa visão cartesiana do mundo, ou seja, o mundo é comparado a uma máquina e o que interessa estudar é o conhecimento detalhado de cada peça, no sentido de que o corpo é a máquina cuja doença tem que ser reparada. O que interessa à Medicina são fenómenos observáveis, ficando desta forma o Homem reduzido aos seus aspetos biológicos (Hesbeen, 2000; Reis, 1992).

No modelo biomédico, a saúde é, então, definida como sendo a ausência de doença (Ribeiro, 1998). Este modelo sustenta a ideia de que para cada doença existe uma causa biológica primária que é objetivamente identificável (Stroebe & Stroebe, 1995). Os autores prosseguem referindo que as doenças são causadas por fatores que podem ser de origem interna ou externa. As causas externas da doença dividem-se em físicas, químicas e microbiológicas, ao passo que as causas internas dividem-se em três grandes categorias - vasculares, imunitárias e metabólicas. Assim sendo, os fatores comportamentais não são considerados como parte do processo da doença, logo não incluídos no próprio diagnóstico.

O modelo caracteriza-se por considerar apenas os fatores biológicos como sendo a origem das doenças, o que por sua vez, determina o tipo de tratamento. Assim o indivíduo é uma vítima passiva de agentes externos que provocam a doença, sendo o profissional de saúde além do único responsável pelo tratamento, o único com poder para o fazer (Ogden, 2004). Ao centrar-se apenas nas causas biológicas da doença, o modelo biomédico ignora o facto de que muitas doenças resultam de uma interação de acontecimentos sociais, psicológicos e biológicos (Grilo, 2005; Lyng, 1950; Stroebe & Stroebe, 1995).

O foco da atenção no modelo biomédico é a doença do indivíduo. As ações de recuperação da doença são priorizadas em detrimento das ações da promoção e proteção

à saúde. É a doença e a respetiva cura, o diagnóstico individual e o tratamento que acabam por ser valorizados (Cutolo, 2006).

O modelo biomédico, ao propiciar a divisão do corpo e da mente e ao reduzir a enfermidade à doença, levou a uma rutura gradual da relação médico-paciente. A atenção do médico desviou-se do doente como um todo para a doença. Desvaloriza a história individual do doente e o tratamento do paciente transformou-se quase que exclusivamente numa intervenção baseada em diagnóstico e prescrição de medicamentos (Okay, 1986). Esta visão redutora e biomédica foi muito criticada e daí a necessidade da criação de novos modelos que incluíssem o doente no tratamento da sua doença e que houvesse uma cooperação entre eles; a tensão arterial elevada é um exemplo disso. O facto do médico prescrever a medicação não é o suficiente pois o doente tem que compreender a sua patologia para alterar fatores importantes no seu estilo de vida, fundamentais no sucesso da intervenção médica, além de que tem de querer implementar o tratamento proposto.

1.2.2. Modelo Biopsicossocial

A integração da dimensão psicossocial nas práticas de saúde, visando a construção de um modelo biopsicossocial em contraposição ao modelo biomédico predominante, ganhou impulso a partir de contribuições que surgiram de diversas áreas de conhecimento, em particular a partir do século XX (DeMarco, 2006).

Na sequência e desenvolvimento das críticas à conceção redutora do modelo biomédico, foi proposto um modelo alternativo (Reis, 1999). O interesse pela humanização tentou incorporar aspetos psicossociais no modelo biomédico. O novo modelo vem enfatizar a importância do técnico de saúde considerar os fatores psicológicos e sociais do doente e não apenas os seus aspetos físicos (Grilo, 2005). É um modelo que propõe que os fatores psicológicos e sociais devem também ser incluídos juntamente com as variáveis biológicas na compreensão da doença de uma pessoa (Puente & McCaffrey, 1992). Permite que a doença seja vista como um resultado da interação de mecanismos, desde físicos, passando pelos interpessoais, aos ambientais (Caplan, McCartney, & Sisti, 2004). Desta forma, o estudo de qualquer doença deve

incluir o indivíduo, o seu corpo e o seu ambiente envolvente como componentes essenciais num só sistema (Marks, 2002).

O modelo biopsicossocial tem sido considerado como uma abordagem mais completa para orientar os clínicos no seu trabalho diário com os pacientes (Caplan, McCartney & Sisti, 2004; Marelich & Erger, 2004). Proposto por Engel, o modelo refere que o mundo é composto por um contínuo de sistemas que interagem a níveis diferentes, sendo que estes níveis se encontram hierarquicamente organizados, desde partículas subatómicas, passando pelo indivíduo e terminando na biosfera (Carrondo, 2006; Smith, 2002; Pereira, 2009). O que este modelo pretende transmitir é que nem todas as doenças têm uma explicação em termos fisiológicos e deve-se ter em conta o contexto psicológico e emocional do doente – o doente visto como um todo.

O modelo biopsicossocial, é um modelo sistémico, que exige uma avaliação multidimensional do indivíduo, analisando os aspetos da doença em si, o comportamento do doente, o contexto social, familiar e cultural e o próprio sistema de saúde (Matos & Machado, 2007; Pereira, 2001). A capacidade de adaptação à doença, particularmente a doença crónica, passou a ser entendida como um processo individual, multidimensional e altamente subjetivo, orientado pelo conteúdo do significado e interpretação que o indivíduo faz da doença, dos seus sintomas, do tratamento e das estratégias utilizadas no seu confronto (Matos & Machado, 2007).

A investigação demonstrou que os fatores psicológicos e sociais são relevantes para a origem e progressão da doença. Também influenciam no diagnóstico e tratamento da doença - fatores como a percepção dos sintomas, a dor sentida, a adesão a um tratamento ou às indicações clínicas (Bengel, Strittmatter e Willmann, 1999). No que se refere à tensão arterial elevada é de grande importância esta mudança, já que se trata de uma doença que se apresenta frequentemente assintomática e que está intimamente ligada ao estilo de vida adotado por cada indivíduo; daí ser fundamental ter em conta os fatores psicossociais.

1.2.3. Modelo Holístico

O holismo representa os princípios filosóficos que consideram os sistemas como um todo e não as suas partes e demonstra a importância de se estudar a maneira como as partes se relacionam (Paula & Paulino, 2005).

A abordagem holística na saúde convoca uma aproximação entre saber científico e o saber popular. A saúde para ser holística precisa ser estudada como um grande sistema, como um fenómeno multidimensional, que envolve aspetos físicos, psicológicos, sociais e culturais, todos interdependentes e não distribuídos numa sequência de medidas isoladas para atender cada uma das dimensões apontadas (Crema, 1988).

Segundo Teixeira (2000), o modelo holístico, compreende o físico, mas intimamente inter-relacionado com a mente, a consciência, o espírito e com as energias do universo. Considera a doença adquirida não como causa, mas como consequência do distúrbio interior do ser e admite que o tratamento limitado à doença, é muitas vezes insuficiente para alcançar a cura definitiva.

Na visão holística, a saúde deve ser entendida de uma maneira mais abrangente, distinguindo-se as origens da doença das suas manifestações e do contexto em que ela ocorre. Desta forma, a evolução do conceito de saúde e doença ao longo das últimas décadas do século XX, passou de uma conceção mais restrita sobre saúde para uma conceção mais abrangente e holística, valorizando os aspetos sociais, económicos e políticos e focando a importância da igualdade, da integralidade e da acessibilidade da população, no que se refere aos cuidados essenciais de saúde (Roseiro & Takayanagi, 2007).

No modelo holístico, o doente é visto como um todo, sendo-lhe atribuído um papel ativo e participativo nos seus cuidados de saúde. O técnico de saúde e o paciente constituem assim uma dupla, que trabalha em conjunto para alcançar o mesmo objetivo (Grilo, 2005). A relação entre profissionais de saúde e doente é uma nova relação, cuja principal finalidade será educar este último acerca da natureza e do significado da doença e das possibilidades de mudança do tipo de vida que o levaram à doença (Teixeira, 1996). Desta forma, e segundo esta perspetiva podemos aqui encontrar as combinações ideais para o tratamento da tensão arterial elevada. Educar o doente, explicar-lhe a sua doença e o que pode fazer para tratar a doença, é fundamental na tensão arterial elevada. Apesar de ser um trabalho que requer tempo e disponibilidade por parte do médico (algo que por vezes não acontece no nosso sistema de saúde), os resultados serão mais produtivos, especialmente para o doente.

Após esta breve noção sobre os modelos da saúde, podemos constatar a evolução do papel do doente ou pessoa saudável na sua própria saúde. Ao longo dos tempos, foram-nos sendo dadas ferramentas que nos tornam capazes de cuidar da nossa saúde,

mas de alguma forma, muitas vezes temos comportamentos prejudiciais. O capítulo que se segue, vai retratar os comportamentos das pessoas perante a sua saúde e de que forma estes podem ser controladores da evolução da doença.

1.3. Perceção da doença: Crenças e modelos explicativos

Os modelos explicativos da doença, tanto dos pacientes e dos seus familiares como dos profissionais de saúde, veiculam crenças e valores que orientam as suas condutas terapêuticas no interior do processo saúde-doença (Campos, 2009). A interação que ocorre entre os respetivos modelos é uma componente central nos cuidados em saúde.

Para perceber a razão das pessoas terem comportamentos prejudiciais à sua saúde e de que forma se pode influenciar esses comportamentos, é preciso compreender os fatores e os processos que determinam a adoção e manutenção do comportamento de saúde (Strobe & Stroebe, 1995).

São vários os modelos psicológicos do comportamento que têm sido estudados e desenvolvidos para prever os comportamentos perante a doença ou a prevenção desta, tais como o modelo de crenças da saúde, a teoria motivacional de proteção, a teoria da ação refletida, a teoria do comportamento planeado e o modelo do processamento espontâneo. Nesta resenha teórica, irão ser explorados dois modelos de saúde; o modelo de crenças da saúde e o modelo de auto-regulação. O Modelo de Crenças da Saúde ajuda-nos a para perceber a atitude do doente perante a doença, e o Modelo de Autorregulação apresenta-se associado à percepção que o doente tem da sua doença.

1.3.1. Modelo de Crenças da Saúde

O Modelo de Crenças de Saúde, foi criado por Rosenstock e seus colaboradores nos anos 60 (Brannon & Feist, 2009; Coleta, 2003; Coutinho, 2001; Glanz, Rimer, Lewis, 2002; Feio & Oliveira, 2010; Nejad, Wertheim & Greenwood, 2005), nos EUA, numa tentativa de compreender a razão pela qual as pessoas não dão a devida importância à prevenção da doença, nomeadamente os rastreios de deteção precoce de

determinadas enfermidades (Nejad, Wertheim, & Greenwood, 2005; Stroebe & Stroebe, 1995). Mais tarde, este modelo foi desenvolvido por Becker (Telles-Correia et al, 2007).

O Modelo Crenças de Saúde, surgiu da preocupação dos setores públicos e privados de saúde, ao verificarem que determinadas pessoas se mostravam renitentes quando convidadas a controlar o seu estado de saúde. Este modelo foi desenvolvido para prever essas situações e sugerir intervenções que pudessem diminuir a relutância das pessoas em seguir o tratamento e decidir-se pelos cuidados de saúde (Sora, 2010).

De acordo com este modelo, para a adoção de um comportamento preventivo o indivíduo deve considerar-se suscetível a um problema de saúde, ou seja, acreditar que esse problema pode afetá-lo (percepção de suscetibilidade ou percepção de risco); perceber que o problema pode ter consequências sérias (percepção de gravidade); e acreditar que o problema de saúde pode ser prevenido com ações (percepção de benefícios), cujos benefícios superam os aspetos negativos, tais como impedimentos financeiros, desconforto, vergonha (percepção de barreiras) (Couto, 1998).

Os benefícios da ação são avaliados em função das barreiras para realizá-la. Além disso, a presença de estímulos para a ação é importante para desencadear as percepções de suscetibilidade e gravidade, e motivar o indivíduo a agir. (Glanz, Rimer & Lewis, 2002).

A dimensão relativa à percepção de suscetibilidade, reflete a percepção individual de vulnerabilidade ou risco de contrair uma doença, enquanto que a percepção de severidade se refere às crenças individuais acerca da gravidade das consequências associadas à doença. As consequências positivas do desempenho do comportamento preventivo incluem estimativas de redução do risco e sentimentos de segurança, os quais são vistos como os benefícios percebidos sobre a tomada de ação. Estes benefícios são pesados contra os aspetos negativos, os quais incluem estimativas de custos físicos, psicológicos, financeiros e outros, que podem decorrer do desempenho do comportamento (Carvalho, 1999).

O modelo parte da suposição de que os comportamentos saudáveis são racionalmente determinados pela percepção da vulnerabilidade das pessoas às ameaças à sua morte (Couto, 1998). A essas percepções, o indivíduo atribui um valor, que o leva a acreditar ou não na eficácia das suas ações (Couto, 1998). Assim sendo, a partir dessas mesmas crenças, é possível prever comportamentos relacionados com a saúde, quer a nível da promoção da saúde, quer da prevenção das doenças (Teixeira, 1993).

A investigação (Moreira, Santos & Caetano, 2009; Pires & Mussi, 2008) demonstra na análise global sobre as crenças quanto às medidas de prevenção e controlo da hipertensão arterial, o predomínio da categoria crenças sobre benefícios, sendo que em estratos sociais menos favorecidos e adultos jovens, a percepção é menor. As crenças em saúde influenciam na adesão ao tratamento da hipertensão arterial.

1.3.2. Modelo de Autorregulação

Um dos modelos que surge com uma visão dinâmica, centrado nas crenças individuais sobre a saúde/doença e nas respostas às ameaças de doença, é o Modelo de Autorregulação do comportamento, desenvolvido por Leventhal e colaboradores (Leventhal et al., 1997).

Leventhal (1997) incorpora o seu modelo de cognições de doença, no modelo de Autorregulação do Comportamento em saúde, assumindo que as crenças que o doente tem acerca dos sinais e sintomas, bem como a sua interpretação, intervêm nas respostas comportamentais perante a ameaça à sua saúde. Este modelo associa os conceitos teóricos de cognição da doença com as técnicas de resolução de problemas, de modo a explicar o comportamento de *coping* perante uma doença (Sousa, 2003) e tem sido aplicado em vários estudos mostrando que as percepções dos doentes sobre os seus problemas de saúde, são um fator preditivo no decurso e no sucesso do tratamento. (Witteman, Bolks & Hutschemaekers, 2011).

O doente é confrontado com uma alteração do seu estado de saúde, através da percepção dos sintomas e da receção das mensagens sociais, podendo responder de duas formas:

- Representação cognitiva da doença;
- Representação emocional (medo, ansiedade, depressão)

Assim sendo, a resposta ao tratamento poderá ser de aproximação, respeitando as prescrições médicas ou de evitamento, através da negação e continuando com comportamentos não saudáveis ou prejudiciais (Rees et al 2004; Telles-Correia et al, 2007).

Este modelo acentua o papel ativo e intencional do comportamento do indivíduo para atingir o seu bem-estar, que enquanto processo, integra o estabelecimento de

objetivos pessoais, o planeamento e a implementação de um conjunto de comportamentos para o alcançar. Apesar das definições apresentadas apelarem com maior relevo para os aspetos cognitivos, a autorregulação incorpora igualmente os aspetos emocionais, que, de igual forma, podem ser regulados (Mendes, 2008).

O Modelo de Autorregulação também é conhecido por “*Common Sense Model*” (Modelo de Senso Comum) e assume que os indivíduos criam representações da sua doença, com base na sua experiência, na informação recolhida da interação com os outros, de forma a darem significado ao seu problema. As representações de doença são, por um lado, cognitivas e englobam os aspetos de identidade, causa, consequência, progressão, cura/controlo e por outro lado, emocionais (Leventhal, Meyer & Nerenz, 1980).

A percepção da doença nos problemas de saúde física tem sido estudada extensivamente usando o Modelo de Autorregulação, centrado em cinco dimensões de crenças - identidade, causa, consequências, duração, cura e controlo (Fortune, Barrowclough & Lobban, 2004).

As respostas à doença seguem normalmente três etapas (Ogden, 1999):

1.^a Representação cognitiva e emocional da ameaça à saúde ou Interpretação. O doente ao ser confrontado através de pistas internas (ex. sintomas) ou externas (ex. informação) com uma potencial doença, tenta atribuir um significado ao problema, de acordo com as cognições que o indivíduo possui sobre essa patologia. Estas cognições organizam-se em várias dimensões: identidade, causa, duração, consequências e cura/controlo. É através desta representação cognitiva do problema que o indivíduo lhe atribui determinado sentido, influenciando as estratégias por ele adotadas para lidar com a doença. Simultaneamente a esta representação, ocorrem também alterações no estado emocional que, conjuntamente, serão determinantes na adoção de estratégias para enfrentar a situação.

2.^a Desenvolvimento e implementação do plano de ação ou coping. Nesta fase, o indivíduo identifica e seleciona estratégias que lhe permitam adquirir a homeostasia física e emocional ameaçada ou perdida. Para tal, ele pode desenvolver um conjunto de estratégias de *coping* que habitualmente se reúnem em dois grupos: *coping* de aproximação (resolução de problemas, procura de apoio social) ou um *coping* de evitamento (negação).

3.^a Ponderação ou avaliação do resultado do plano de ação. Envolve uma ponderação/avaliação sobre as estratégias de *coping* utilizadas, de modo a adaptar-se à sua doença (ou consequências) mantendo, dentro do possível, a sua qualidade de vida.

A representação da doença que comporta a representação cognitiva (identidade, causa, consequências, duração, cura e controlo) e a representação emocional (medo, ansiedade e depressão), prepara o indivíduo para as seguintes etapas - o *coping* e avaliação (Sousa, 2003). Segundo Petrie e Weinman (1997) as várias componentes das representações de doença, definem-se do seguinte modo:

- Identidade: inclui rótulos abstratos, como o nome da doença e está relacionada com a ideia que o paciente tem acerca da natureza da sua condição, isto é, os sintomas associados e as relações entre eles;

- Causa: inclui as ideias que o paciente tem acerca das causas prováveis da sua doença e que podem ser internas (fatores genéticos) ou externas (stress, aspetos alimentares);

- Duração: (ou evolução/dimensão temporal) indica a sua percepção quanto à duração provável dos seus problemas de saúde e pode ser categorizada como aguda (ou de curta duração), crónica e cíclica/episódica;

- Consequências: refletem as crenças do indivíduo acerca da gravidade da doença e o impacto provável no seu funcionamento físico, psicológico, económico e social;

- Cura/controlo: indica até que ponto os pacientes acreditam que a sua condição é passível de cura ou controlo.

Leventhal (1997) preocupou-se em caracterizar as representações cognitivas da doença identificando duas componentes essenciais, o conteúdo e a estrutura. O conteúdo refere-se às ideias individuais acerca da doença, e a estrutura é a organização cognitiva dessas mesmas ideias. (Telles-Correia et al., 2007).

O estudo e a compreensão da percepção da doença tem-se revelado muito útil para avaliar os resultados de saúde do paciente (Figueiras & Alves, 2007). Se, por um lado, a forma como o indivíduo percebe sua doença pode influenciar os mecanismos individuais para satisfazer as suas necessidades e a busca dos serviços de saúde, por outro lado, a adesão ao tratamento e consequentemente a eficácia da assistência prestada, podem depender muito da percepção individual que ele tem a respeito da doença (Walter & MacLeod, 2004).

Embora a hipertensão seja doença grave que leva a situações problemáticas relacionadas com os órgãos essenciais como cérebro e rins, os estudos (Chen, Tsai & Chou, 2011; Figueiras et al, 2010; Kolb et al 2011; Reis & Glashan, 2001; Ross & Alsen, 2009) revelam que a percepção das pessoas com tensão arterial elevada sobre a doença, é que esta não é grave e a sua qualidade de vida é boa, acreditando ser uma doença de longa duração, mas que pode ser controlada. Atribuem a maior parte das causas a fatores psicológicos, tabaco e obesidade. Estas percepções podem interferir na adesão ao tratamento

Os processos de autorregulação necessitam que a resposta desejada tenha força suficiente para se sobrepor às outras respostas menos desejáveis. O Modelo de Autorregulação ajuda a explicar, prever e mudar comportamentos relacionados com a saúde (Sutton, 2008). Num desenvolvimento posterior, Schwarzer, em 1992, apresentou um novo modelo que procura também compreender os comportamentos relacionados com a saúde – O Modelo de Processo de Ação para a Saúde (HAPA) – que integra o Modelo de Autorregulação, indo mais além.

No presente estudo, para além do estudo da percepção que as pessoas têm sobre a tensão arterial elevada, procura-se perceber o estilo de vida adotado pelas mesmas. Para adotar um estilo de vida adequado, implica ter comportamentos adequados para a saúde e em muitos casos mudar comportamentos para outros mais saudáveis. Neste sentido, o Modelo de Processo de Ação para a Saúde (HAPA) sugere que a adoção e manutenção de comportamentos de saúde se foquem na ação e pressupõe a existência de três estádios de mudança relativamente ao comportamento de saúde, que tencionam explicar os mecanismos envolvidos na mudança de hábitos, na adoção e manutenção de novos comportamentos, assim como, na resistência à tentação (Sniehotta, Scholz, & Schwarzer, 2005; Schwarzer, 2008; Sutton, 2008). Estes estádios são qualitativamente diferentes e neles intervêm fatores sociocognitivos também diferentes que proporcionam as progressões e regressões ao longo dos estádios (Shuz, Sniehotta, Mallach, Wiedemann, & Schwarzer, 2009).

De acordo com Schwarzer (1992), o primeiro estádio (estádio motivacional) corresponde à pré-intenção, em que o individuo ainda não decidiu agir. No estádio seguinte (estádio volitivo) a pessoa já decidiu agir mas ainda não iniciou o comportamento, havendo apenas a intenção comportamental. No último estádio (estádio volitivo e de ação) o indivíduo atua de acordo com as suas intenções comportamentais.

Este modelo defende que a mediação entre intenção e comportamento se deve a diversas variáveis volitivas entre as quais se destaca o planeamento. O planeamento é definido como uma estratégia de autorregulação que estabelece a associação entre respostas concretas e situações futuras (Sniehotta, Schwarzer, Scholz, & Schuz, 2005).

É importante referir que na fase de motivação (o primeiro estágio), é preciso acreditar na própria capacidade de realizar uma ação desejada. O doente tem que se sentir capaz de mudar embora sentindo as dificuldades da mudança de hábitos, caso contrário, não chega sequer a tentar. Na fase seguinte, depois que o sujeito já decidiu adotar um comportamento de saúde em particular, necessita de instruções detalhadas sobre como executar a ação desejada, para não desmotivar a meio do processo. (Schwarzer & Luszczynska, 2011).

Os nossos comportamentos, as nossas escolhas, as atitudes vão determinar a nossa saúde. Manter um comportamento adequado pressupõe vários fatores. O próximo capítulo explora o conceito estilo de vida, e a influência que os hábitos de vida e mudança dos mesmos, quando não adequados, podem ter na tensão arterial elevada.

CAPÍTULO II – Estilo de vida

Nos últimos anos, vários são os estudos realizados sobre o estilo de vida e o peso que este tem diretamente na nossa saúde. O sedentarismo, o excesso de peso e má alimentação e tabagismo são alguns dos fatores contribuintes de doenças relacionadas com a tensão arterial elevada, como por exemplo as doenças cardiovasculares e obesidade (Campbell, Crocker & McKenzie, 2002; Worl Health Report, 2002).

Este capítulo contém uma revisão teórica sobre o estilo de vida e uma revisão de estudos efetuados sobre a sua relação com a tensão arterial elevada.

2.1 Definição de estilo de vida

O estilo de vida é uma parte fundamental na promoção e proteção da saúde e prevenção de doenças (Ribeiro, 2004).

A OMS (OMS, pp. 27, 1998) define estilo de vida como sendo

a forma de vida baseada em padrões identificáveis de comportamento, os quais são determinados pela interação de papéis entre as características pessoais do individuo e as condições de vida socioeconómicas e ambientais, o estilo de vida está relacionado com diversos aspetos que refletem as atitudes e as oportunidades na vida das pessoas.

Podem ser vários os estilos de vida saudáveis, sendo que aquele que vai ser adotado por cada individuo está dependente no meio onde está inserido, comunidade onde se vive, local onde se estuda, o local onde se trabalha e claro família e grupo de pares (Matos et al., 2006).

Freitas (2006) defende que o estilo de vida é o fator mais importante para a boa saúde e longevidade, sendo que considera que este tem um peso de 53% em relação a outros fatores. O conceito de estilo de vida é bastante vasto e engloba a pessoa como um todo e em todos os aspetos da sua atividade, ou seja, a forma como ela própria concebe a sua existência e pratica o seu dia-a-dia (El-Baz, 2004; Rapley, 2003)

Para Walters (2006), o estilo de vida tem como base as condições, escolhas e cognições do indivíduo. As condições podem ser de origem interna, como a hereditariedade, inteligência e temperamento, ou de origem externa, como a família e o grupo de pares. A escolha é o processo de decisão que nos leva a escolher uma das várias opções referentes ao estilo de vida. As cognições são aquilo que vamos construindo como sendo o certo ou errado para a nossa saúde.

O estilo de vida é determinante para a saúde (Wold, 1993), sendo que os comportamentos escolhidos pelo próprio indivíduo e que fazem parte do estilo de vida adotado pelo mesmo, são preditores muitas vezes do desenvolvimento de uma doença. É neste sentido que surgem os comportamentos de saúde (Ogden, 1996), podendo ser classificados como positivos (usar cinto de segurança, fazer check-ups regularmente, dormir o número de horas adequado e ter cuidados de higiene) ou negativos (fumar, consumir álcool em excesso ou ter uma má alimentação).

Segundo Steptoe e Wardle (1996) os comportamentos positivos protegem e promovem a saúde e o bem-estar e os comportamentos negativos vão desenvolvendo hábitos prejudiciais que representam riscos para a saúde (Matarazzo, 1982). Os estudos indicam que ter uma boa alimentação, o peso recomendado, não fumar, não consumir álcool em excesso e praticar atividade física, prolonga o tempo de vida, evita o aparecimento de doenças cardiovasculares (CNAN, 1997; Colombo & Aguillar, 1997; Ogden, 1996) e está na origem de um estilo de vida considerado saudável (Ministério da Saúde, 2012).

Os comportamentos associados ao estilo de vida são influenciados pela idade e experiência de vida do indivíduo. Esses comportamentos podem sofrer alterações dependendo das condições de vida, sendo também influenciados pela comunicação social, educação, oportunidades, ambiente, entre outros (Magalhães, 2007). O estilo de vida é um dos fatores mais importantes e determinantes da saúde. O indivíduo pode optar no seu quotidiano por se influenciar positivamente ou negativamente, o nosso estilo de vida afeta diretamente a maneira como vivemos e por quanto tempo vivemos (Timossi, 2009).

Acredita-se que para mudar um estilo de vida considerado não saudável para um saudável, o primeiro passo seja o conhecimento e a sensibilização para as atitudes saudáveis (Celich & Spadari, 2008). A atitude de transformar fatores que hoje atuam como sendo negativos, em atitudes e ações positivas depende de uma mudança

comportamental, que tem como impulso a motivação, sendo necessário definir novas prioridades e valores, onde o indivíduo deixa de olhar para o que é exterior e passa a valorizar o cuidar de si (Timossi, 2009). Existem também outros condicionantes que podem levar o indivíduo a não aderir a práticas saudáveis, tal como o fator económico.

Estilos de vida que tendem a ser estáveis com o tempo, estão relacionados com crenças, atitudes, hábitos comuns e prazeres individuais, que exercem uma grande influência na motivação das pessoas para alterar e adotar comportamentos saudáveis, tais como praticar exercício, moderar o consumo do sal, álcool e calorias e não fumar (Lima, Bucher & Lima, 2004).

Para Lima et al. (2004) a tensão arterial elevada associada a um estilo de vida inadequado constitui um fator de risco para a saúde. No tratamento da tensão arterial elevada, o principal objetivo do tratamento é reduzir o risco de doença cardiovascular, minimizando assim mortes prematuras e quadros de acidente vascular cerebral (Cotta et al., 2009). Ou seja, é importante sensibilizar o indivíduo com hipertensão para que tenha em consideração todos os comportamentos de risco que tem vindo a ter e a forma de os minimizar. A doença é assintomática e o controlo dos fatores de risco é possível ser realizado de forma simples, sendo que, os doentes com tensão arterial elevada devem ser orientados e sensibilizados no que diz respeito à mudança do seu estilo de vida para um mais adequado (Reza & Nogueira, 2008).

Para controlar eficazmente a tensão arterial elevada é necessário um estilo de vida saudável, associado ao uso de medicamentos, no entanto poucos hipertensos aderem à mudança de rotina, e os que o fazem costumam fazê-lo por pouco tempo ou muitas vezes de forma inadequada (Magalhães, 2009).

Alguns estilos de vida acabam por não ser livremente escolhidos pelo sujeito, conduzindo a problemas na saúde (Tapadinhas, 2002). As medidas de intervenção comunitária para mudanças de estilo e adoção de hábitos de vida saudáveis, devem ter em conta também os grupos sociais menos favorecidos (Cotta et al, 2009) que, por vezes, para além de terem acesso a menos informação, o conhecimento para fazer a interpretação da mesma é insuficiente, acabando por relativizarem a gravidade da doença e a importância para a mesma da alteração de alguns hábitos de vida.

Relativamente ao estilo de vida dos portugueses, segundo estudos realizados pela Eurotrials (2006), Portugal é o maior consumidor de frutas e legumes da Europa. Em

contrapartida, o consumo de sal é muito elevado, assim como é elevada a percentagem de pessoas com stress e que não praticam exercício físico. Cerca de 80% da população considera ter um estilo de vida saudável, o que não deixa de ser curioso observando os valores já apresentados no que diz respeito à tensão arterial elevada, que apontam que cerca de quase metade da população sofre deste problema (Macedo, 2005).

Para Matos (Matos et al., 2006, pp.14), “Promover um estilo de vida saudável prende-se com medidas no dia-a-dia, medidas essas que tornem a opção por estilos de vida saudáveis, a opção mais fácil e prestigiante do ponto de vista do reconhecimento social”. É necessário promover a adoção de um estilo de vida saudável e ao mesmo tempo fundamental passar a mensagem sobre o que é um estilo de vida saudável. Dizer apenas que é necessário ter um estilo de vida saudável não é suficiente; tem que se explicar em que consiste e os seus benefícios, de forma a estimular a adesão.

Segundo o Ministério da Saúde (2012), está atualmente demonstrado que muitas doenças estão relacionadas com o estilo de vida adotado, no qual se incluem os comportamentos de saúde. A promoção da saúde, através de programas orientados de educação para a saúde, constitui uma estratégia chave de atuação, de modo a favorecer e reforçar os hábitos de vida saudáveis.

Foi o reconhecimento crescente de que os estilos de vida contribuem substancialmente para a morbilidade e a mortalidade, que levou a que nos anos 70 se desenvolvesse a psicologia da saúde, como campo que integra o conhecimento psicológico relevante para a manutenção da saúde, prevenção e adaptação à doença. (Stroebe & Stroebe, 1995).

Grande parte das doenças atuais, tais como as doenças cardiovasculares, a diabetes, a tensão arterial elevada, a obesidade e cancro, podiam ser reduzidas e algumas até mesmo revertidas com um novo estilo de vida (Freitas, 2006).

Em suma, os determinantes do estilo de vida adotado por cada indivíduo estão relacionados com fatores de envolvimento (políticas públicas e organizacionais), fatores culturais, fatores grupais (família e grupo de pares) e pessoais (Ramirez-Hoffman, 2002; Rebecca, Schall & Hediger, 1992). O estado de saúde de um indivíduo é influenciado não só pelo meio em que vive, mas também pelas suas relações sociais, pelas suas condições socioeconómicas e também culturais, sendo indicado por sinais fisiológicos,

entre eles a tensão arterial elevada, quando algo não se encontra em equilíbrio no nosso organismo (Castro, Rolim & Mauricio, 2005).

2.2. Fatores imprescindíveis para um estilo de vida saudável na tensão arterial elevada

Margaret Chan (2010), Directora-Geral da Organização Mundial de Saúde, refere que persuadir as pessoas a alterarem os seus comportamentos é um dos maiores desafios da saúde pública. Segundo a mesma, apesar dos progressos obtidos na melhoria da saúde mundial, a mudança de estilo de vida continua a ser um problema, devido à resistência do indivíduo em alterar os seus hábitos.

Estudos (Appel, 2000; Beilin, 1999; Beilin, Puddey & Burke, 1999) revelam que uma grande parte dos problemas de saúde causadores de morte e morbilidade estão relacionados com o estilo de vida, no qual estão incluídos os comportamentos de saúde. Entre as condutas nocivas para a saúde estão o consumo de drogas (tabaco, álcool e drogas psicotrópicas); o sedentarismo e a alimentação desregrada (excesso de gorduras inadequadas e hidratos de carbono, defeito de fibras e vitaminas) (Ministério da Saúde, 2012).

Entre as mudanças que devem ocorrer no estilo de vida de um hipertenso, encontram-se a redução do peso corporal, a dieta hipossódica, o aumento de ingestão de frutas e verduras, a redução de bebidas alcoólicas, fazer exercício físico e não fumar (Appel, 2000; Beilin, 1999; Beilin, Puddey & Burke, 1999; Beilin, 1997; Castro, Rolim & Mauricio, 2005; Moser, 2005; Geleijnse & Grobbee, 2003; Thirlaway & Upton, 2009), estas se não alteradas constituem um fato de risco acrescido para a tensão arterial elevada (Reza & Nogueira, 2008). Se estes hábitos forem implementados com sucesso, pode até ser desnecessário o uso de medicamentos ou existe a possibilidade de reduzir a sua dose.

Quando se está perante uma doença como a tensão arterial elevada há uma necessidade de adquirir comportamentos de saúde, comportamentos que obrigam a mudanças no estilo de vida. Criar um novo estilo de vida, não é algo que se considere ser fácil, envolve mudança de comportamentos e uma grande motivação (Erridge, 2007).

A OMS produziu numerosos documentos entre eles o Relatório Mundial da Saúde de 2002, “Reduzindo riscos e promovendo uma vida saudável, sendo demonstrado que mais de 80% das doenças crónicas podiam ser evitadas com a adoção de estilos de vida saudáveis. Seguem-se alguns exemplos de boas práticas, relacionados com os fatores que mais influenciam na tensão arterial elevada – alimentação, exercício físico, álcool, fumo e stress, são medidas comprovadas da redução da tensão arterial elevada.

2.2.1. Alimentação

Uma alimentação adequada é essencial para se ter saúde. A ingestão de alimentos saudáveis, como frutas, legumes e cereais melhora o estado geral da saúde (Berger, 2003). Segundo Freitas (2006), somos constituídos por aquilo que comemos, a alimentação além de influenciar a saúde física também pode influenciar no nosso estado emocional, sendo fundamental selecionar os melhores alimentos de acordo com as nossas necessidades.

Segundo os dados World Health Report (2002), a alimentação está direta ou indiretamente relacionada com a hipertensão (10,9% do peso da doença), com o colesterol (7,6% do peso da doença), com a obesidade e o excesso de peso (7,4%) e com a baixa ingestão de frutos e vegetais (3,9%), constituindo, assim, um importante fator de risco de patologias crónicas, como sejam as doenças do aparelho circulatório, a diabetes mellitus, os cancros e a osteoporose.

Sendo a alimentação um dos fatores que exerce mais influência na nossa saúde, esta pode condicionar o nosso desempenho físico, emocional e intelectual (Guerra, 2004). A alimentação designa um conjunto de atividades mediante as quais proporcionamos ao organismo as substâncias indispensáveis para manter a saúde e a vida. Uma boa dieta associada a outros fatores, tem um papel muito importante no controlo da tensão arterial elevada. Muitos comportamentos que têm como objetivo reduzir a tensão arterial, vão influenciar positivamente noutros problemas relacionados de saúde (Beilin, 1999; Geleijnse & Grobbee, 2003; Shepard, 2010).

O padrão alimentar dos portugueses, designado por padrão alimentar ocidental, tem uma grande quantidade de erros alimentares, tais como: excesso de bebidas

alcoólicas; quantidade de gorduras superior ao limite saudável; o não consumo de leguminosas secas; excesso de hidratos de carbono (açúcar e refrigerantes); a carne, o peixe e os ovos são os proteicos mais procurados, quando deveriam ser as proteínas de origem vegetal e o baixo consumo de legumes e frutas (Santos, 1999).

O sal é considerado um importante fator no desenvolvimento e intensidade da tensão arterial elevada (Weinberger, 2001). A sua redução é um dos fatores mais importantes no controlo da tensão arterial elevada (Appel, 2000; Beilin, 1999; Geleijnse & Grobbee, 2003; Magalhães, 2009). Cerca de 50% dos hipertensos são sensíveis ao sal, ou seja, basta reduzirem a quantidade de sal que consomem, que automaticamente a tensão arterial desce (Coulson & Boushey, 2008; Feeney, 2009).

É importante que uma proposta de alimentação saudável, para a prevenção de doenças crónicas, inclua dietas que estejam ao alcance de toda a população (Sichieri et al., 2000), caso contrário muitos indivíduos, principalmente aqueles que se encontram entre a população mais carenciada, acabam por não aderir, mesmo que informados e motivados para seguirem um plano alimentar mais saudável.

No que se refere à alimentação, alterar o estilo de vida não é considerada uma tarefa fácil. Apesar de serem conhecidas as implicações para a saúde do consumo exagerado de lípidos e proteínas animais, ou algumas dietas desequilibradas e deficitárias em nutrientes, alterar os hábitos alimentares implica trabalho. Mais difícil ainda será manter as mudanças entretanto realizadas. Adquirir e manter um novo comportamento requer mais esforço do que continuar com os velhos hábitos associados a fatores de ordem social e cultural (Viana, 2002).

Assim, segundo Viana (2002), a intenção ou compromisso em alterar a dieta (deixar de consumir ou passar a preferir um determinado alimento ou grupos de alimentos) poderá ser influenciada por: ocorrência de doença ou sintoma inesperado no próprio, num familiar ou amigo; informação obtida através de um técnico de saúde, amigos, familiares ou meios de comunicação; atitudes face ao alimento; e reforço social proporcionado pelo novo comportamento.

2.2.2. Exercício físico

São numerosos e objetivamente demonstrados os benefícios fisiológicos, bioquímicos e psicológicos do exercício físico (Santos & Abreu-Lima, 2009), ainda assim, com tantos benefícios que a prática de exercício pode trazer, Portugal é o País da União Europeia com os níveis mais elevados de sedentarismo (Direcção-Geral da Saúde, 2004).

Além de reduzir a tensão arterial elevada, o exercício físico contínuo, auxilia na redução de peso (Amodeo & Lima, 1996). O excesso de peso pode ser responsável por cerca de 20% a 30% dos casos de tensão arterial elevada, sendo que este deve ser portanto o mais próximo possível do peso ideal (Lipp & Rocha, 2007).

Segundo Negrão e Rondon (2001), o exercício físico regular de treino de baixa intensidade leva à diminuição do débito cardíaco e da tensão arterial elevada. Segundo Amadeo e Lima (1996) o exercício físico recomendado para doentes de tensão arterial elevada é o do tipo aeróbico, tal como, andar, correr, nadar ou pedalar. Em qualquer idade a prática do exercício físico é uma forma de prevenir as doenças cardiovasculares. Os indivíduos sedentários têm um risco superior em cerca 30% de vir a sofrer de tensão arterial elevada do que os indivíduos ativos (Feeney, 2009; Lipp & Rocha, 2007; Pate, Pratt & Blair, 1995; Santos & Lima, 2009;).

2.2.3. Tabagismo

A exposição ao fumo do tabaco é considerada um fator de risco cardiovascular. Deixar de fumar ou nunca fumar é provavelmente, a medida de estilo de vida mais eficaz para prevenir as doenças cardiovasculares (Santos & Lima, 2009).

O aumento da tensão arterial ocorre com mais facilidade nos fumadores, já que fumar provoca a contração dos vasos sanguíneos com a redução de oxigénio nos mesmos, o que vai sobrecarregar o coração e aumentar a tensão arterial (Cardoso, 2006).

Segundo os dados do Ministério da Saúde (2004) o consumo de tabaco é a principal causa evitável de morbilidade e mortalidade. O consumo de tabaco em Portugal tem vindo a diminuir, situando-se em 19,5% a prevalência de fumadores na

população com mais de 15 anos⁶⁵, sendo o sexo masculino o principal responsável por esta diminuição (com exceção do grupo etário dos 35-44 anos, onde se regista um aumento da prevalência de fumadores).

A relação entre o fumo e a elevação da tensão arterial é temporária, esta vai depender da quantidade de cigarros consumidos (Lipp & Rocha, 2007).

2.2.4. Stress

O stress é o estado originado pela percepção de estímulos que provocam excitação emocional, sendo que a resposta ao stress por parte do indivíduo é o resultado da interação das suas próprias características e do seu meio envolvente (Margis et al, 2003). Os fatores que vão desencadear uma resposta de stress são os chamados stressores e estes podem provocar reações como medo, ansiedade, zanga e hostilidade (Ribeiro, 2007).

O stress pode ter origem em causas internas ou causas externas. As causas internas podem estar associadas a emoções, valores, comportamentos (Lipp, 1996, 2006) e características da personalidade de cada um. As causas externas estão relacionadas com a vida diária e os imprevistos que podem surgir, como por exemplo, e especificamente neste contexto, o aparecimento de uma doença, tal como a tensão arterial elevada.

O stress pode estar na origem de várias doenças (Sadir, Bignotto & Lipp, 2010), contribuindo de forma negativa para o aumento da tensão arterial, assim como de problemas cardiovasculares (Castro & Scatena, 2004).

O stress na tensão arterial elevada tem sido estudado na tentativa de avaliar a sua eficácia quando controlado (Lipp, 2007), ou seja, se um treino de controlo de stress por parte do sujeito tem influência na redução dos seus valores.

O controlo do stress é eficaz na redução da hipertensão arterial, assim como na adesão ao tratamento, acabando por proporcionar ao sujeito uma mudança para um estilo de vida saudável (Malagris et al, 2009; Shapiro, 1996).

Para Ribeiro (2007) as intervenções relativas ao controlo do stress para evitar doenças têm como objetivos: 1. Promover competências para enfrentar o stress; 2.

Alterar a forma como o indivíduo lida com os sintomas derivados do stress; e 3. Manipular as consequências stressantes.

Lipp (2001) propõe um programa para o controlo de stress para hipertensos, organizado em 8 sessões de grupo ou 15 individuais, semanais, tendo como principais objetivos:

- Reduzir a excitação física e mental do hipertenso próprio da sua condição e de eventuais situações da vida diária que possam surgir;
- Eliminar fontes internas de stress, tais como pressa excessiva, perfeccionismo, não ser assertivo, raiva e vulnerabilidade à frustração;
- Promover a noção de que o único responsável pela sua saúde;
- Promover a adesão ao tratamento farmacológico;
- Promover um estilo de vida saudável.

O controlo de stress por parte do indivíduo portador de tensão arterial elevada envolve um trabalho multiprofissional, que inclui uma psicoterapia breve, de base cognitiva-comportamental, trabalhando aquisição de estratégias para enfrentar o stress, e orientações sobre alimentação, exercício físico e relaxamento (Amadeo & Costa-lima, 1996; Brasio et al, 2003;; Lipp, 2007).

2. Promover um estilo de vida saudável

Para Rodrigues, Pereira e Barroso (2005, p. 3) “a saúde de cada pessoa depende do seu projecto vida, do seu sentido de felicidade e da sua forma específica de estar no mundo”. Promover um estilo de vida saudável acaba por ser uma estratégia de saúde que vai permitir obter, a médio prazo, ganhos significativos no que diz respeito às doenças crónicas (Plano Nacional de Saúde, 2004/2010), entre elas, a tensão arterial elevada.

Elaborar programas de saúde é uma forma de promover estilos de vida saudáveis que estejam ao alcance de todos. Os programas de saúde são encarados não só como meios de promover estilos de vida saudáveis, como também de prevenção de doenças. Os programas de saúde devem consciencializar as pessoas do certo e do errado, das boas

práticas para a saúde e das más, do que é um estilo de vida saudável e dos seus benefícios (Rodrigues et al., 2005).

Em 2003 foi aprovado pelo Ministério da Saúde o “Programa de Intervenção Integrada sobre determinantes da saúde relacionados com os estilos de vida”. Segundo este programa a intervenção sobre os estilos de vida obriga à implementação de diversas estratégias continuadas e sujeitas a avaliação, sendo elas – a definição de políticas, criação de ambientes de suporte, reforço de ação comunitária, informação e educação para a saúde e reorientação dos serviços de saúde (Plano Nacional de Saúde, 2004/2010).

O “Programa de intervenção integrada sobre determinantes da saúde relacionados com os estilos de vida” tem como objetivos (Plano Nacional de saúde, 2004/2010):

- Reduzir o número de fumadores;
- Aumentar o número de espaços públicos livres de fumo do tabaco;
- Aumentar a proporção de população fisicamente ativa (pelo menos 30 minutos diários de atividade física moderada);
- Reduzir o consumo de sal (menos de 5 gr/dia);
- Reduzir a prevalência de excesso de peso e obesidade;
- Aumentar o consumo adequado de frutos, legumes e vegetais (pelo menos 400 gr/dia);
- Reduzir o consumo total de gorduras para valores entre 15 a 30% da ingestão calórica diária;
- Reduzir o consumo excessivo de gorduras;
- Reduzir a prevalência de consumidores excessivos de álcool.

Estes objetivos, para serem alcançados, devem ser divulgados e deve ser sensibilizada a população através da internet, televisão (realização de programas sobre estilos de vida), formação de profissionais de saúde, realização de encontros nacionais e regionais para apresentação de experiências e resultados e através de outros programas e projetos relacionados com o estilo de vida (Plano Nacional de Saúde, 2004)

Portugal também conta com o apoio da Sociedade Portuguesa de Hipertensão que tem como um dos seus lemas: “Healthy lifestyle, Healthy bloodpressure”.

Organizadora de congressos, lançou a Revista Portuguesa de Hipertensão e risco cardiovascular com notícias atuais e informação relevante para a população em geral.

Promover um estilo de vida saudável é promover uma boa saúde. A promoção da saúde permite fornecer informação útil às pessoas para melhorar e aumentar o controlo sobre a sua própria saúde (Carta de Ottawa, 1986). A Carta de Ottawa (1986) refere uma combinação de estratégias: ações do Estado (políticas públicas saudáveis), da comunidade (reforço da ação comunitária), de indivíduos (desenvolvimento de habilidades pessoais), do sistema de saúde (reorientação do sistema de saúde) e de parcerias intersectoriais. Ou seja, promover a saúde envolve um trabalho em equipa, para que a informação possa chegar ao utente de forma simples e perceptível.

Promover a tensão arterial saudável e adoção de um estilo de vida adequado é algo que, no momento, pode estar a falhar. Embora muito se tenha feito, como a realização de eventos científicos nacionais e internacionais, estudos publicados, recomendações das organizações de saúde, programas específicos implementados,..., assim como divulgação de informação nos diversos meios de comunicação, a verdade é que este processo atual não está a resultar e a prova disso são os números apresentados ao longo deste trabalho de doentes com hipertensão arterial.

PARTE II – ESTUDO EMPÍRICO

A hipertensão arterial é uma doença de fácil diagnóstico e cujo tratamento se revela eficaz na maioria dos casos (Castro, et al., 2005), no entanto, como já foi referido na primeira parte deste estudo, continua haver doentes por ser diagnosticados e pessoas a morrer ou a desenvolver doenças secundárias por ignorarem os sintomas da doença. Surge então a necessidade de um estudo que contribua para uma compreensão sobre a percepção que os indivíduos da tensão arterial elevada, e sobre a forma como essa percepção está associada aos estilos de vida adotados.

A pertinência deste estudo reside no facto de poder contribuir para o conhecimento geral que população tem sobre a percepção da tensão arterial elevada e posterior desenvolvimento de informação que possa ir de encontro com as necessidades da população. Educar para a saúde é talvez a melhor forma de prevenir doenças, portanto, ao conhecer a percepção que a população tem sobre a tensão arterial, teremos indicadores das crenças mais frequentes, e se estas estão corretas ou erradas. Ao educar para a saúde está-se a capacitar os indivíduos para uma atitude positiva que leve à adoção de estilos de vida saudáveis, prevenindo e evitando situações de risco e dano (Toldy et al., 2011).

A segunda parte deste estudo é dedicada ao estudo empírico. Nela são descritos a investigação, os objetivos e o método adotado, designadamente os participantes estudados, o material utilizado e o procedimento adotado. Segue-se a apresentação dos resultados e posterior discussão dos mesmos.

1. Objetivos

O presente estudo de natureza exploratória, descritiva e transversal, teve como principal objetivo explorar a relação entre a percepção da tensão arterial elevada e o estilo de vida adotado.

Este estudo teve ainda como objetivos gerais caracterizar a percepção da tensão arterial elevada, caracterizar o estilo de vida dos indivíduos estudados.

Dentro destes, foram definidos objetivos específicos, que em seguida se enumeram:

1. Caracterizar a percepção da tensão arterial elevada quanto à Identidade, Duração (aguda/crónica), Consequências, Controlo Pessoal, Controlo de Tratamento, Coerência da Doença, Duração Cíclica, Representação Emocional e Causas (atribuição psicológica, fatores de risco e outras causas).

- 1.1. Analisar se existem diferenças estatisticamente significativas ao nível da percepção da identidade entre indivíduos do sexo masculino e feminino, e entre indivíduos com diagnóstico de tensão arterial elevada e sem diagnóstico de tensão arterial elevada;

- 1.2. Avaliar se existe relação estatisticamente significativa entre a percepção da identidade entre idade e escolaridade:

- 1.3. Analisar se existem diferenças estatisticamente significativas ao nível da percepção da identidade entre indivíduos de diferentes estados civis e entre indivíduos com diferentes atividades profissionais;

- 1.4. Analisar se existem diferenças estatisticamente significativas ao nível da percepção da duração (aguda/crónica), consequências, controlo pessoal, controlo de tratamento, coerência da doença, duração cíclica e representação emocional na tensão arterial elevada entre indivíduos do sexo masculino e feminino e entre indivíduos com diagnóstico de tensão arterial elevada e sem diagnóstico de tensão arterial elevada;

- 1.5. Avaliar se existe relação estatisticamente significativa entre a percepção da duração (aguda/crónica), consequências, controlo pessoal, controlo de tratamento, coerência da doença, duração cíclica e representação emocional na tensão arterial elevada, idade e escolaridade:

- 1.6. Analisar se existem diferenças estatisticamente significativas ao nível da percepção da duração (aguda/crónica), consequências, controlo pessoal,

controle de tratamento, coerência da doença, duração cíclica e representação emocional na tensão arterial elevada entre indivíduos de diferentes estados civis e entre indivíduos com diferentes atividades profissionais;

1.7. Analisar se existem diferenças estatisticamente significativas ao nível da percepção das causas entre indivíduos do sexo masculino e feminino, e entre indivíduos com diagnóstico de tensão arterial elevada e sem diagnóstico de tensão arterial elevada;

1.8. Avaliar se existe relação estatisticamente significativa entre a percepção das causas entre idade e escolaridade;

1.9. Analisar se existem diferenças estatisticamente significativas na percepção das causas entre indivíduos com diferentes estados civis e entre indivíduos com diferentes atividades profissionais.

2. Caracterizar o estilo de vida dos participantes quanto ao exercício físico, nutrição, autocuidado, segurança motorizada e uso de drogas ou similares.

2.1. Analisar se existem diferenças estatisticamente significativas ao nível do exercício físico, nutrição, autocuidado, segurança motorizada e uso de drogas ou similares entre indivíduos do sexo masculino e feminino, e entre indivíduos com diagnóstico de tensão arterial elevada e sem diagnóstico de tensão arterial elevada;

2.2. Avaliar se existe relação estatisticamente significativa entre estilo de vida - exercício físico, nutrição, autocuidado, segurança motorizada e uso de drogas ou similares, idade e escolaridade;

2.3. Analisar se existem diferenças estatisticamente significativas ao nível do exercício físico, nutrição, autocuidado, segurança motorizada e uso de drogas ou similares entre indivíduos com diferentes estados civis e entre indivíduos com diferentes atividades profissionais.

3. Analisar se existe uma relação estatisticamente significativa entre a percepção da doença e o estilo de vida adotado.

2. Variáveis do Estudo

As variáveis principais presentes neste estudo são as 9 dimensões da percepção da doença identificadas no instrumento IPQ-RH - duração (aguda/crónica), consequências, controlo pessoal, controlo de tratamento, coerência da doença, duração cíclica, representação emocional, causas e hierarquização das causas e o estilo de vida - comportamento alimentar, comportamento de evitamento de poluição, comportamento sexual, comportamento de proteção da saúde, comportamento de exercício físico, comportamento de prevenção das doenças, comportamento de evitamento de consumos prejudiciais e comportamento de promoção da saúde.

As variáveis secundárias são o sexo (feminino ou masculino), a idade (número de anos), a escolaridade (número de anos de escolaridade frequentada), o estado civil (solteiro, casado/união de facto, separado ou viúvo), a profissão (ativos, estudantes, reformados, domésticas e desempregados) e o diagnóstico de tensão arterial elevada (com tensão arterial elevada ou sem tensão arterial elevada).

3. Participantes

Participaram no presente estudo 202 indivíduos, que constituíram uma amostra de conveniência, sendo 107 do sexo feminino (53%) e 95 do sexo masculino (47%) e com idades entre os 18 e os 78 anos (Quadro 1), residentes na Maia, Porto, Matosinhos, Gondomar, Gaia, Famalicão e Braga.

Quadro 1

Média de idade dos participantes (N=202)

	<i>M</i>	<i>DP</i>	Min.	Máx.	Med
Idade	38,60	15,24	18	78	35,50

Dos 202 participantes 44 dizem já terem sido diagnosticados com tensão arterial elevada (21,8%) e a 158 nunca foi diagnosticado este problema (78,2%). Quanto ao

estado civil, os participantes são predominantemente solteiros ou casados/união de facto (Quadro 2).

Quadro 2

Distribuição dos participantes de acordo com o estado civil

Estado civil	<i>N</i>	%
Solteiro	79	39,1
Casado/união de facto	96	47,5
Separados	16	7,9
Viúvos	8	4
Total (<i>N</i>)	202	100

No que diz respeito à escolaridade, esta varia entre os 2 e os 17 anos de frequência escolar (Quadro 3).

Quadro 3

Distribuição dos participantes de acordo com a escolaridade (N=202)

	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>Min.</i>	<i>Máx.</i>	<i>Med</i>
Escolaridade	10,10	3,82	2	17	12

Relativamente às profissões, a maioria dos participantes pertence à classe dos ativos, seguindo-se os estudantes e reformados, em menor percentagem estão as domésticas e desempregados (Quadro 4)

Quadro 4

Distribuição dos participantes de acordo com a atividade profissional

Profissão	<i>N</i>	%
Ativos	135	66,6
Estudantes	26	12,9
Reformados	19	9,4
Domésticas	10	5
Desempregados	12	3,5
Total (<i>N</i>)	202	100

4. Material

Foram utilizados os seguintes instrumentos para recolha de dados no presente estudo:

- Questionário sócio demográfico.
- Questionário de Perceção da Doença para Pessoas Saudáveis (IPQ-RH).
- Questionário de Atitude e Comportamentos de Saúde (QACS).

4.1. Questionário sociodemográfico

O questionário sócio demográfico utilizado neste estudo foi construído especificamente para este propósito. Os itens que o compõem dizem respeito ao sexo, idade, estado civil, habilitações literárias, profissão, e se foi ou não diagnosticado com tensão arterial elevada (Anexo A).

4.2. Questionário de Perceção da Doença para Pessoas Saudáveis (IPQ-RH)

Para avaliar a perceção de saúde em indivíduos com e sem diagnóstico de hipertensão arterial elevada, utilizou-se a versão portuguesa do *Revised Illness*

Perception Questionnaire for Health People (IPQ-RH), adaptada e validada por Figueiras e Alves (2007) (Anexo B).

O IPQ-RH, Questionário de Percepção da Doença para Pessoas Saudáveis, encontra-se dividido em 3 secções distintas, sendo que as dimensões da Identidade e Causas estão separadas das restantes por se considerarem específicas de cada doença, variando de acordo com a patologia em questão (Figueira & Alves, 2007).

Na primeira secção, encontra-se a sub-escala identidade, sendo pedido aos sujeitos que identifiquem, dos 17 sintomas apresentados aqueles que associam à doença, numa escala dicotómica (sim-1 e não-0), sendo feito posteriormente um somatório das respostas.

A segunda secção inclui 26 itens distribuídos em 7 sub-escalas (Figueira & Alves, 2007):

- Duração (aguda/crónica) (itens 1; 2; 3; 4; 5, sendo o 1 e o 3 de ordem inversa) -quanto maior o valor obtido, maior é a percepção de que a doença pode ser crónica;
- Consequências (itens 6; 7; 8; 9) – quanto mais elevado é o valor mais a percepção mais negativa das consequências é negativa e é mais pobre a compreensão da doença;
- Controlo Pessoal (itens 10; 11; 12) – quanto mais elevado é o valor obtido, maior é a percepção de controlo pessoal face à doença;
- Controlo de Tratamento (itens 13; 14; 15) – quanto mais elevado é o valor obtido, maior é a percepção de controlo do tratamento da doença;
- Coerência da Doença (itens 16; 17; 18) – quanto mais elevado é o valor, maior é a percepção negativa das consequências e mais pobre é a compreensão da doença;
- Duração Cíclica (itens 19; 20; 21) - quanto maior o valor obtido maior é a percepção de que a doença é cíclica;
- Representação Emocional (itens 22, 23, 24, 25 e 26) - quanto maior o valor obtido, mais negativa é a representação emocional da doença.

As respostas encontram-se ordenadas segundo uma escala tipo Likert com 5 pontos: (1) Discorda plenamente; (2) Discorda; (3) Não concorda nem discorda; (4) Concorda; e (5) Concorda plenamente, é calculado o somatório para cada subescala.

A terceira secção é constituída por 18 causas possíveis de doença e as respostas encontram-se igualmente apresentadas numa escala de Likert, como na secção anterior. Quanto maior o valor obtido, maior a concordância com a atribuição causal. Esta secção encontra-se dividida em três subescalas (Figueira & Alves, 2007):

- Atribuição psicológica (itens 1,7,11,14,17 e 18): stress ou preocupação, o meu estado emocional, personalidade, a minha atitude mental, problemas familiares ou preocupações e excesso de trabalho;
- Fatores de riscos (itens 2, 3, 4, 9, 12 e 15): hereditariedade, excesso de peso, tipo de alimentação, pouca assistência médica no passado, envelhecimento e alteração das defesas do organismo;
- Outras causas (itens 5, 6, 8, 10, 13 e 16): destino ou má sorte, poluição do ambiente, o seu próprio comportamento, acidente ou lesão, um micróbio ou vírus e não ter sido vacinado.

Por último, é pedido ao participante que hierarquize as 3 possíveis causas da tensão arterial elevada, podendo utilizar as referenciadas na lista anterior, ou outras que considere responsáveis pelo aparecimento da doença e não apareçam na lista proposta no questionário. Quanto maior o valor obtido em cada item, maior a concordância com essa atribuição causal (Pereira, 2009).

No estudo de validação do questionário IPQ-RH para a população portuguesa, foram avaliados 1113 indivíduos saudáveis, selecionados aleatoriamente em diferentes contextos e doenças, nomeadamente, SIDA, cancro de pele e tuberculose em Portugal (Figueiras & Alves, 2007), tendo revelado boas qualidades psicométricas (Quadro 5).

No Quadro 5 podemos observar os valores do alfa de Cronbach obtidos no presente estudo, nas 7 sub-escalas referentes à segunda secção e nas três subescalas da atribuição psicológica, contrapondo-se os valores do alfa de Cronbach descritos no estudo de adaptação do instrumento para a população portuguesa por Figueiras e Alves (2007). O instrumento revelou genericamente ser fiel, ainda que as subescalas “controlo de tratamento” e “consequências” se apresentem como frágeis nesse domínio. A

subescala da identidade não foi avaliada, dadas as suas características, seguindo assim o mesmo método do estudo de validação do IPQ-RH realizado por Figueiras e Alves (2007).

Quadro 5

Valores de alfa de Cronbach para as subescalas do IPQ-RH

IPQ-RH (subescalas)	Alfa de Cronbach obtido no presente estudo	Alfa de Cronbach obtido no estudo de Figueiras & Alves, 2007
Identidade	---	---
Duração cíclica	0,73	0,70
Controlo de tratamento	0,48	0,74
Controlo pessoal	0,74	0,64
Consequências	0,52	0,66
Coerência da doença	0,78	0,77
Representação emocional	0,76	0,81
Duração aguda/crónica	0,69	0,68
Atribuição psicológica	0,74	0,90
Fatores de risco	0,77	0,78
Outras causas	---	---

4.3. Questionário de Atitudes e Comportamentos de Saúde (QACS)

Para avaliação do estilo de vida de cada sujeito foi utilizado o Questionário de Atitude e Comportamentos de Saúde - QACS, desenvolvido por Ribeiro (2004), tendo como base o Life-Style Assessment Questionnaire (LAQ) de Hettler (Ribeiro, 2004) (Anexo c).

No QACS, Ribeiro (2004) define 28 itens avaliados por profissionais que se pronunciaram sobre a validade de conteúdo, tendo sido depois submetidos a *cognitive debriefing*, procedimento que visava identificar se a população alvo do inventário interpretava e compreendia as perguntas e o modo de responder de acordo com o pretendido pelo investigador.

A resposta aos itens é dada numa escala ordinal de cinco posições em que o respondente, perante a afirmação que expressa uma ação escolhe entre cinco alternativas, as opções de resposta são em formato Likert, de quase nunca (0) a quase sempre (4) (Ribeiro, 2004). O tempo de resposta à QACS é de cinco a 10 minutos para pessoas letradas. O valor total de comportamentos protetores de saúde variará entre 28 e 140 (Ribeiro, 2004), quanto mais elevado o valor mais saudável é o estilo de vida.

Os 28 itens estão distribuídos por cinco fatores:

- Fator 1 – Exercício físico: empenho em manter boa condição física (itens 1, 2 e 3);
- Fator 2 – Nutrição: escolha de alimentos consistente com objetivos cientificamente definidos (itens 4, 5, 6, 18 e 22);
- Fator 3 – Autocuidado: comportamentos que facilitam a prevenção ou deteção de doenças (itens 8, 9, 10, 11, 12, 23, 24, 25, 26, 27 e 28);
- Fator 4 – Segurança motorizada: capacidade para minimizar a probabilidade de lesão ou acidente com veículos (itens 13, 14 e 16);
- Fator 5 – Uso de drogas ou similares: capacidade para funcionar sem o recurso a substâncias químicas (itens 7, 16, 17, 19, 20 e 21);

Ribeiro testou a consistência interna do QACS, verificando que este apresenta nos cinco fatores valores modestos de consistência interna, entre 0,42 e 0,78, sendo que considera o valor da consistência interna do inventário total é considerado satisfatório

(Ribeiro, 2004). A análise da consistência interna do QACS no presente estudo demonstrou que o instrumento apresenta boa fidelidade em todos os fatores, incluindo a “segurança motorizada” (Quadro 6).

Quadro 6

Valores de alfa de Cronbach no QACS

Fatores	Alfa de Cronbach no presente estudo	Alfa de Cronbach obtido no estudo de Ribeiro, 2004
Exercício físico	0,81	0,67
Nutrição	0,79	0,78
Auto cuidado	0,82	0,67
Segurança motorizada	0,62	0,42
Uso de drogas ou similares	0,70	0,52
Total	0,89	0,76

O QACS é um inventário prático e de simples aplicação, que provou resumir adequadamente os comportamentos relacionados com a saúde e doenças (Ribeiro, 2004).

5. Procedimento

Procedeu-se ao pedido de autorização aos autores dos instrumentos, respetivamente a Prof. Doutora Maria João Figueiras (Anexo D), e o Prof. Doutor José Luís Pais Ribeiro (Anexo E), explicando qual seria o objetivo deste estudo e em que âmbito seria realizado. Em seguida foi solicitada autorização à Comissão de Ética Universidade Fernando Pessoa para realização do estudo, a qual foi concedida (Anexo F). Depois de obtidos os pareceres positivos das autorizações mencionadas, iniciou-se a recolha de dados. Antes do preenchimento do questionário pelos participantes, foram

apresentados os objetivos do estudo e explicada a importância na colaboração do mesmo, garantindo confidencialidade e anonimato das respostas dadas. No preenchimento dos questionários esteve sempre presente um técnico na área de Psicologia, para retirar possíveis dúvidas que fossem surgindo, tendo sido a duração do preenchimento dos questionários de aproximadamente 10 minutos. Relativamente à ordem de administração cada participante recebia uma breve explicação sobre o estudo, o questionário sociodemográfico, o Questionário de Percepção da Doença para Pessoas Saudáveis – IPQ-RH e o Questionário de Atitudes e Comportamentos de Saúde – QACS. Os dados foram estatisticamente tratados através do programa informático SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) versão 19. O único critério de inclusão definido para participação neste estudo foi ter idade superior a 18 anos.

Os dados foram analisados recorrendo-se aos seguintes métodos estatísticos:

- Medidas de tendência central (média, mediana) e medidas de dispersão (valor mínimo, máximo, desvio-padrão);
- Teste *t-student* para duas amostras independentes;
- Coeficiente da correlação de *Pearson*;
- Teste *One-Way Anova*.

6. Resultados

Seguem-se os resultados encontrados nas análises efetuadas para este estudo, de forma a responder aos objetivos propostos para o mesmo. Esta apresentação é meramente de carácter descritivo, sendo que a discussão dos resultados será feita posteriormente.

O primeiro objetivo geral do estudo foi descrever a percepção dos indivíduos em relação à tensão arterial elevada. Para tal procedeu-se à análise do questionário IPQ-RH e respetivas subescalas. Considerando-se as três secções, sendo que a análise foi iniciada pela primeira: a identidade da doença.

Com uma média de 6 sintomas associados à tensão arterial elevada (Quadro 7), os sintomas mais relacionados foram as tonturas, as dores de cabeça, a fadiga, a perda de forças, as dificuldades em dormir e as náuseas (Quadro 8).

Quadro 7

Dimensão Identidade na tensão arterial elevada (N=202)

	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>Min.</i>	<i>Máx.</i>
Sintomas	6,4	3,30	0	15

Quadro 8

Dimensão Identidade na tensão arterial elevada (N=202)

Sintomas	<i>n</i>	%
Tonturas	169	83,7
Dores de cabeça	161	79,7
Fadiga	144	71,3
Perda de força	140	69,3
Dificuldades em dormir	108	53,5
Náuseas	107	53
Dificuldade em respirar	104	51,5
Falta de ar	101	50
Dores	78	38,6
Indisposição no estômago	37	18,3
Olhos inflamados	35	17,3
Perda de peso	34	16,8
Infeções	27	13,4
Tosse	20	9,9
Sinais de pele	14	6,4
Diarreia	11	5,4
Dores de garganta	8	4

Analizou-se se existem diferenças estatisticamente significativas ao nível da percepção da identidade entre indivíduos do sexo masculino e feminino e entre indivíduos com diagnóstico de tensão arterial elevada e sem diagnóstico de tensão arterial elevada, sendo que, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre sexo masculino e sexo feminino na percepção de sintomas na tensão arterial elevada (Quadro 9). Existe uma diferença estatisticamente significativa entre os participantes com diagnóstico de tensão arterial elevada e os participantes sem esse diagnóstico, sendo que o grupo com tensão arterial elevada associa menos sintomas à doença (Quadro 10).

Quadro 9

Descrição das diferenças entre o sexo feminino e masculino quanto à percepção dos sintomas da subescala identidade na tensão arterial elevada

Identidade	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
Feminino (n=104)	6,25	3,14		
Masculino (n=90)	6,58	3,50		
			-0,691	0,491

Quadro 10

Descrição das diferenças entre sujeitos com diagnóstico de tensão arterial elevada e sem diagnóstico de tensão arterial elevada quanto à percepção dos sintomas da subescala identidade na tensão arterial elevada

Identidade	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
Com tensão arterial elevada (n=104)	5,27	3,45		
Sem tensão arterial elevada (n=90)	6,75	3,20		
			-2,639	0,009

Avaliou-se se existia relação estatisticamente significativa entre a percepção da identidade, idade e escolaridade, tendo-se verificado que não existia uma relação estatisticamente significativa entre a idade e a percepção dos sintomas (Quadro 11), nem entre esta e a escolaridade.

Quadro 11

Relação entre a idade e escolaridade e a subescala identidade

Identidade	<i>r</i>	<i>p</i>
Idade	0,170	0,18
Escolaridade	0,78	0,289

Por fim, em relação à identidade, pretendeu-se analisar se existem diferenças estatisticamente significativas ao nível da percepção da identidade entre indivíduos com diferentes estados civis e indivíduos com diferentes atividades profissionais. A análise dos dados constatou que não existem diferenças estatisticamente significativas na percepção da identidade entre indivíduos com diferentes estados civis (Quadro 12).

Quadro 12

Descrição das diferenças entre estados civis quanto à percepção dos sintomas da subescala identidade na tensão arterial elevada.

Identidade	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>F</i>	<i>p</i>
Solteiro	6,29	2,93		
casado/união de facto	6,73	3,65		
Separado	5,93	2,95		
Viúvo	4,37	2,82	1,441	0,232

Os resultados demonstram haver diferenças significativas entre indivíduos com distintas atividades profissionais ($F=2,832$; $p=0,026$), os ativos e os reformados associam mais sintomas à doença do que os restantes (Quadro 13).

Quadro 13

Descrição das diferenças entre atividades profissionais quanto à percepção dos sintomas da subescala identidade na tensão arterial elevada

Identidade	<i>M</i>	<i>DP</i>
Ativos	6,92	3,15
Estudantes	5,92	2,58
Domésticas	4,20	2,74
Desempregados	5,31	2,92
Reformados	6,42	4,79

Seguidamente analisou-se a 2ª secção do IPQ-RH, na qual, a dimensão da duração da doença foi a subescala que apresentou valores mais elevados, indicando que há uma percepção de que a tensão arterial é uma doença crónica, sendo que os valores da dimensão duração cíclica são mais baixos. Na dimensão das consequências os valores revelam uma percepção da doença ter consequências negativas para o indivíduo. O controlo pessoal e o controlo de tratamento com valores idênticos, revelam que os sujeitos têm a percepção de que a tensão arterial pode ser controlada através do tratamento e que eles próprios podem controlar a evolução da doença. Por fim, a representação emocional da percepção da tensão arterial elevada com valores elevados, revela emoções negativas associadas à doença. Em suma, a análise revela que a percepção que os sujeitos têm da tensão arterial elevada é que esta é uma doença crónica, com

consequências negativas, mas cujo tratamento e controlo da doença é eficaz (Quadro 14).

Quadro 14

Dimensões (distribuição do número de itens de cada subescala) do IPQ-RH

Sub-escalas					
IPQ-RH	Número itens	Mínimo	Máximo	M	DP
Duração aguda/crónica	5	5	23	15,50	3,31
Consequências	4	6	19	13,38	2,54
Controlo pessoal	3	4	15	11,78	2,26
Controlo de tratamento	3	4	15	11,59	1,61
Coerência de doença	3	3	15	8,79	2,66
Duração cíclica	3	3	15	10,08	2,32
Representação emocional	5	5	25	13,62	4,49

Nesta secção pretendeu-se analisar se existem diferenças estatisticamente significativas ao nível da percepção da duração (aguda/crónica), consequências, controlo pessoal, controlo de tratamento, coerência da doença, duração cíclica e representação emocional na tensão arterial elevada entre indivíduos do sexo masculino e feminino e entre indivíduos com diagnóstico de tensão arterial elevada e sem diagnóstico de tensão arterial elevada.

No que respeita ao sexo, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre o sexo masculino e feminino quanto às sete dimensões da 2 secção (Quadro 15).

Quadro 15

Descrição das diferenças entre o sexo feminino e masculino na 2ª secção do IPQ-RH

	<i>Sexo</i>	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
Duração aguda/crónica	Feminino	96	14,36	2,56	0,792	0,784
	Masculino	90	14,43	2,87		
Consequências	Feminino	105	13,40	2,38	0,072	0,943
	Masculino	91	13,37	2,73		
Controlo pessoal	Feminino	107	11,80	2,12	0,99	0,921
	Masculino	92	11,77	2,43		
Controlo tratamento	Feminino	106	11,56	1,60	-0,232	0,816
	Masculino	92	11,61	1,62		
Coerência da doença	Feminino	100	8,91	2,53	0,642	0,522
	Masculino	92	8,66	2,79		
Duração cíclica	Feminino	103	10,34	2,30	1,673	0,96
	Masculino	94	9,79	2,31		
Representação Emocional	Feminino	103	13,31	4,55	-1,019	0,309
	Masculino	92	13,97	4,42		

No entanto, a análise dos dados revelou que existem diferenças estatisticamente significativas entre participantes com diagnóstico e sem diagnóstico de tensão arterial elevada quanto à 2ª secção do IPQ-RH. Nomeadamente no que respeita à duração cíclica e à representação emocional. Os participantes com diagnóstico de tensão arterial elevada têm valores mais altos nestas duas dimensões, revelando uma percepção de que a tensão arterial é uma doença mais cíclica e apresentam uma representação emocional mais negativa da doença. Relativamente às restantes dimensões, os dois grupos não diferem de forma estatisticamente significativa (Quadro 16).

Quadro 16

Descrição das diferenças entre participantes com diagnóstico de tensão arterial elevada e sem diagnóstico de tensão arterial elevada na 2 secção do IPQ-RH

	Tensão arterial elevada	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
Duração aguda/crónica	Sim	36	15,86	3,28	0,916	0,718
	Não	150	15,42	3,33		
Consequências	Sim	42	13,45	2,31	0,185	0,853
	Não	154	13,37	2,61		
Controlo pessoal	Sim	44	11,48	2,18	-1,034	0,303
	Não	155	11,88	2,29		
Controlo tratamento	Sim	44	11,54	1,61	-0,212	0,833
	Não	154	11,60	1,62		
Coerência da doença	Sim	43	8,91	2,49	0,322	0,748
	Não	149	8,76	2,71		
Duração cíclica	Sim	43	10,86	2,60	2,505	0,013
	Não	154	9,87	2,20		
Representação emocional	Sim	42	15,14	4,58	2,513	0,013
	Não	153	13,20	4,39		

Analisou-se se existe relação estatisticamente significativa entre a percepção da duração (aguda/crónica), consequências, controlo pessoal, controlo de tratamento, coerência da doença, duração cíclica e representação emocional na tensão arterial elevada, idade e escolaridade dos participantes.

Foram encontradas relações estatisticamente significativas entre as sete dimensões e a idade. Na dimensão duração aguda/crónica e controlo pessoal foi encontrada uma relação significativa negativa, de intensidade fraca, isto é quanto menor

a idade menor é a percepção da doença ser crónica e do indivíduo ter controlo sobre ela. Existe relação estatisticamente significativa, positiva, de intensidade fraca entre idade e as dimensões consequências, coerência da doença e representação emocional, sendo que quanto maior é a idade dos participantes maior é a percepção das consequências da doença serem negativas e mais pobre é a compreensão da doença, assim como mais negativa é a representação emocional da doença (Quadro 17).

Quadro 17

Relação das dimensões da 2 secção do IPQ-RH com a idade

Idade	<i>r</i>	<i>p</i>
Duração aguda/crónica	-0,164	0,026
Consequências	0,148	0,039
Controlo pessoal	-0,161	0,023
Controlo de tratamento	0,087	0,222
Coerência de doença	0,177	0,014
Duração cíclica	0,105	0,142
Representação emocional	0,354	0,001

Foi encontrada uma relação estatisticamente significativa na 2 secção do IPQ-RH e a escolaridade (Quadro 18), na dimensão duração aguda/crónica e controlo pessoal estão relacionadas de forma estatisticamente significativa positiva, ainda que fracamente, isto é, quanto mais anos de escolaridade, maior é a percepção da doença ser crónica e de controlo sobre a doença. As dimensões coerência da doença, duração cíclica e representação emocional estão relacionadas de forma estatisticamente significativa negativa e fraca, o que significa que quanto menos são os anos de escolaridade, mais pobre é a compreensão da doença, menor é a percepção desta ser cíclica e menor é a representação emocional negativa da mesma.

Quadro 18

Relação das dimensões da 2ª secção do IPQ-RH com a escolaridade

Escolaridade	<i>r</i>	<i>p</i>
Duração aguda/crónica	0,120	0,107
Consequências	-0,090	0,217
Controlo pessoal	0,216	0,003
Controlo de tratamento	0,010	0,893
Coerência de doença	-0,309	0,001
Duração cíclica	-0,320	0,001
Representação emocional	-0,299	0,001

Analisou-se se existem diferenças estatisticamente significativas na percepção da duração (aguda/crónica), consequências, controlo pessoal, controlo de tratamento, coerência da doença, duração cíclica e representação emocional na tensão arterial elevada entre indivíduos com diferentes estados civis, verificou-se que não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre participantes de diferentes estados civis e as sete dimensões da 2ª secção do IPQ-RH (Quadro 19).

Quadro 19

Descrição das diferenças no estado civil na 2 secção do IPQ-RH

		<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>F</i>	<i>p</i>
Duração aguda crónica	Solteiro	16,34	3,08	1,340	0,257
	Casado/união de facto	14,95	3,40		
	Separado	15,0	3,94		
	Viúvo	14,83	2,48		
Consequências	Solteiro	12,82	2,51	1,991	0,210
	Casado/união de facto	13,80	2,48		
	Separado	13,50	2,55		
	Viúvo	12,71	2,98		
Controlo pessoal	Solteiro	12,20	2,24	1,841	0,210
	Casado/união de facto	11,58	2,29		
	Separado	10,93	2,26		
	Viúvo	11,37	1,99		
Controlo tratamento	Solteiro	11,51	1,45	0,714	0,583
	Casado/união de facto	11,69	1,54		
	Separado	11,50	1,31		
	Viúvo	10,75	3,45		
Coerência da doença	Solteiro	8,58	2,66	1,762	0,138
	Casado/união de facto	8,94	2,57		
	Separado	8,87	2,12		
	Viúvo	10,37	3,37		
Duração cíclica	Solteiro	10,14	2,15	1,536	0,193
	Casado/união de facto	9,91	2,40		
	Separado	10,12	2,27		
	Viúvo	11,87	2,85		
Representação emocional	Solteiro	12,62	4,09	2,336	0,057
	Casado/união de facto	14,38	4,71		
	Separado	13,68	4,78		
	Viúvo	16,00	2,44		

Nas atividades profissionais foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre indivíduos com distintas atividades profissionais na 2 secção do IPQ-RH. Na coerência da doença e na duração cíclica, os reformados apresentam uma maior percepção da mesma, e na representação emocional, reformados e domésticas tem uma representação emocional mais negativa da doença que os restantes (Quadro 20). Não foi realizado o post hoc pois a frequência em algumas categorias era muito baixa, não cumprindo, por isso, os critérios para o poder ser realizado.

Quadro 20

Descrição das diferenças entre atividades profissionais na 2 secção do IPQ-RH

		<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>F</i>	<i>p</i>
Duração aguda/crónica	Ativos	14,54	1,65	1,540	0,190
	Estudantes	14,50	1,41		
	Domésticas	14,00	1,77		
	Desempregados	14,00	2,76		
	Reformados	13,50	1,93		
Consequências	Ativos	13,50	2,54	1,834	0,124
	Estudantes	12,54	2,10		
	Domésticas	12,78	1,85		
	Desempregados	13,17	1,83		
	Reformados	14,56	3,18		
Controlo pessoal	Ativos	11,95	2,25	0,698	0,594
	Estudantes	11,33	2,74		
	Domésticas	11,60	2,50		
	Desempregados	12,00	1,52		
	Reformados	11,26	1,99		

		<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>F</i>	<i>p</i>
Controlo tratamento	Ativos	11,59	1,63		
	Estudantes	11,41	1,69		
	Domésticas	10,80	1,68		
	Desempregados	11,14	1,06		
	Reformados	12,26	1,28	1,653	0,163
Coerência da doença	Ativos	8,33	2,59		
	Estudantes	9,04	2,78		
	Domésticas	9,33	1,65		
	Desempregados	9,14	3,48		
	Reformados	11,22	2,12	5,198	0,001
Duração cíclica	Ativos	9,82	2,40		
	Estudantes	10,24	1,58		
	Domésticas	10,10	1,72		
	Desempregados	10,42	2,50		
	Reformados	11,66	2,58	2,591	0,038
Representação emocional	Ativos	13,22	4,45		
	Estudantes	13,08	3,55		
	Domésticas	16,00	2,90		
	Desempregados	12,85	5,11		
	Reformados	17,23	4,77	4,121	0,003

Segue-se a análise da 3ª secção do IPQ-RH, observou-se a média da pontuação obtida pelos participantes referente a cada dimensão. Destacam-se os fatores de risco e a atribuição psicológica, seguindo-se outras causas (Quadro 21).

Quadro 21

Dimensões da 3 secção (distribuição do numero de itens de cada subescala) do IPQ-RH

Sub-escalas IPQ-RH	Nº.itens	Mín.	Máx.	M	DP
Atribuição Psicológica	6	7	30	20,49	3,97
Fatores de risco	6	14	30	21,82	2,89
Outras causas	6	6	24	14,75	3,64

Na dimensão atribuição psicológica, os itens mais associados à tensão arterial elevada foram o stress ou preocupação, seguidos pelos problemas familiares e excesso de trabalho (Quadro 22).

Quadro 22

Itens da dimensão Atribuição Psicológica da 3ª secção (distribuição do numero de itens de cada subescala) do IPQ-RH

Sub-escalas IPQ-RH	M	DP
Stress ou preocupação	4,12	0,77
Estado emocional	3,31	1,06
A minha personalidade	2,71	1,11
Atitude mental	2,99	1,13
Problemas familiares	3,64	0,92
Excesso de trabalho	3,63	0,98

Na dimensão Fatores de Risco os itens mais associados a tensão arterial elevada foram o excesso de peso e a alimentação (Quadro 23).

Quadro 23

Itens da dimensão Fatores de Risco da 3 secção (distribuição do numero de itens de cada subescala) do IPQ-RH

Sub-escalas IPQ-RH	<i>M</i>	<i>DP</i>
Hereditariedade	3,88	0,83
Excesso de peso	4,15	0,75
Tipo de alimentação	4,22	0,76
Pouca assistência médica	3,13	1,08
Envelhecimento	3,28	1,04
Alteração das defesas do organismo	3,10	1,03

Na dimensão Outras Causas o item mais associado à tensão arterial elevada foi o meu próprio comportamento (Quadro 24).

Quadro 24

Itens da dimensão outras causas da 3 secção (distribuição do numero de itens de cada subescala) do IPQ-RH

Sub-escalas IPQ-RH	<i>M</i>	<i>DP</i>
Destino ou má sorte	1,82	0,93
Poluição do ambiente	2,30	0,98
O meu próprio comportamento	3,36	1,02
Acidente ou lesão	2,57	1,00
Micróbio ou vírus	2,42	1,02
Não ter sido vacinado	2,22	0,89

De seguida, analisou-se se existem diferenças estatisticamente significativas ao nível da percepção das causas entre indivíduos do sexo masculino e feminino, tendo-se verificado que não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os participantes do sexo feminino e do sexo masculino quanto à atribuição psicológica, fatores de risco e outras causas (Quadro 25).

Quadro 25

Descrição das diferenças entre o sexo feminino e masculino na 3 secção do IPQ-RH

	Sexo	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
Atribuição Psicológica	Feminino	103	20,65	4,34	0,580	0,563
	Masculino	91	20,32	3,52		
Fatores de risco	Feminino	102	21,78	3,01	-0,165	0,421
	Masculino	89	21,85	2,77		
Outras causas	Feminino	96	14,59	3,65	0,983	0,522
	Masculino	84	14,94	3,69		

Entre indivíduos com diagnóstico de tensão arterial elevada e sem diagnóstico de tensão arterial elevada foram encontradas diferenças estatisticamente significativas na 3ªsecção do IPQ-RH. Na dimensão fatores de risco, os participantes sem diagnóstico de tensão arterial elevada obtiveram valores mais elevados, isto é, associam mais fatores do que os participantes com diagnóstico de tensão arterial elevada, não se distinguindo nas outras dimensões (Quadro 26).

Quadro 26

Descrição das diferenças entre participantes com diagnóstico de tensão arterial elevada e sem diagnóstico de tensão arterial elevada na 3ª secção do IPQ-RH

	Tensão arterial elevada	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
Atribuição Psicológica	Sim	41	20,68	3,88	0,341	0,734
	Não	143	20,44	4,00		
Fatores de risco	Sim	43	20,72	3,06	-2,873	0,005
	Não	148	22,13	2,77		
Outras causas	Sim	40	14,47	3,76	-0,544	0,587
	Não	142	14,83	3,62		

Analisou-se se existe uma relação estatisticamente significativa entre a percepção das causas e idade, tendo-se verificado que não existe tal entre a idade e as três dimensões da 3ª secção (Quadro 27).

Quadro 27

Relação das dimensões da 3ª secção do IPQ-RH com a idade

Idade	<i>r</i>	<i>p</i>
Atribuição psicológica	0,126	0,081
Fatores de risco	-0,123	0,089
Outras causas	0,127	0,087

Ao nível de escolaridade e a 3 secção existem relações entre os fatores, sendo que os fatores de risco de intensidade fraca, quanto maior é a escolaridade maior mais são os fatores de risco atribuídos à doença, e as Outras Causas tem uma relação significativa negativa, de intensidade fraca, revelando que quanto menor o grau de escolaridade menos são as causas atribuídas à doença (Quadro 28).

Quadro 28

Relação das dimensões da 3 secção do IPQ-RH com a escolaridade

Escolaridade	<i>r</i>	<i>p</i>
Atribuição psicológica	0,046	0,526
Fatores de risco	0,159	0,029
Outras causas	-0,210	0,005

Analisou-se se existem diferenças estatisticamente significativas na percepção das causas entre indivíduos com diferentes estados civis, sendo que, não foram encontradas diferenças significativas quanto aos participantes com diferentes estados civis e a 3 secção do IPQ-RH (Quadro 29).

Quadro 29

Descrição das diferenças no estado civil na 3 secção do IPQ-RH

		<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>F</i>	<i>p</i>
Atribuição psicológica	Solteiro	19,87	3,88	2,556	0,065
	Casado/união de facto	20,71	3,94		
	Separado	22,68	4,17		
	Viúvo	19,50	3,50		
Fatores de risco	Solteiro	22,06	2,29	1,742	0,143
	Casado/união de facto	21,74	3,16		
	Separado	21,62	2,89		
	Viúvo	19,75	4,20		
Outras causas	Solteiro	14,09	3,59	1,490	0,207
	Casado/união de facto	15,03	3,68		
	Separado	16,23	3,51		
	Viúvo	15,83	2,92		

Entre indivíduos com distintas atividades profissionais não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas no que diz respeito à 3 secção do IPQ-RH (Quadro 30).

Quadro 30

Descrição das diferenças entre atividades profissionais na 3 secção do IPQ-RH

		<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>F</i>	<i>p</i>
Atribuição psicológica	Ativos	20,61	4,02	0,471	0,991
	Estudantes	20,28	3,69		
	Domésticas	21,00	2,69		
	Desempregados	20,42	4,19		
	Reformados	20,70	3,99		
Fatores de risco	Ativos	21,86	2,92	0,598	0,701
	Estudantes	22,21	1,95		
	Domésticas	21,40	2,17		
	Desempregados	22,00	3,28		
	Reformados	20,94	4,16		
Outras causas	Ativos	14,38	3,51	1,716	0,149
	Estudantes	14,39	3,85		
	Domésticas	16,20	3,58		
	Desempregados	15,00	4,56		
	Reformados	16,47	3,84		

Por fim, O IPQ-RH apresenta no final do questionário uma lista em branco na qual é pedido ao participante que hierarquize as 3 possíveis causas da tensão arterial elevada, sendo que quanto maior o valor obtido em cada item, maior a concordância com essa atribuição causal (Quadro 31).

Quadro 31

Hierarquização de causas 1, 2 e 3 (N=202)

Sintomas	<i>Causas 1</i>		<i>Causas 2</i>		<i>Causas 3</i>	
	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
Stress ou preocupação	64	31,7	30	14,9	41	20,3
Alimentação	54	26,7	37	18,3	33	16,3
Excesso de peso	23	11,4	50	24,8	18	8,9
Hereditariedade	15	7,4	15	7,4	10	5
Problemas familiares	8	4	6	3	7	3,5
Excesso de trabalho	4	2	6	3	11	5,4
Sal	3	1,5	2	1	...	...
Condicionantes genéticos						
Sedentarismo	2	1	...	...	...	...
Sistema nervoso	2	1	7	3,5	7	3,5
Álcool	2	1	...	...	...	...
Estilo de vida	2	1	2	1	1	0,5
Estado emocional	1	0,5	1	0,5	1	0,5
Tabaco	1	0,5	6	3	8	4
Envelhecimento	...	...	3	1,5	3	1,5
Ansiedade	...	...	3	1,6	8	4
Pouca assistência médica	...	...	2	1	...	...
no passado						
O meu próprio	...	...	2	1	2	1
comportamento						
Falta de água no	...	...	1	0,5	5	2,5
organismo						
Alteração das defesas do						
organismo	...	...	1	0,5	...	...
Atitude mental	...	...	...	...	1	0,5
Micróbio ou vírus	...	...	...	...	1	0,5
Fadiga	...	...	...	...	1	0,5
Problemas de saúde	...	...	...	...	1	0,5

Na hierarquização das causas possíveis que levam ao aumento da tensão arterial elevada, em primeiro lugar das respostas dadas pelos participantes, está o stress ou preocupação, seguindo-se a alimentação, excesso de peso e a hereditariedade.

O segundo objetivo geral deste estudo prendeu-se com a caracterização do estilo de vida dos participantes – Exercício físico, nutrição, autocuidado, segurança motorizada e uso de drogas ou similares.

O quadro 32 apresenta a média dos valores obtidos pelos participantes nos 5 fatores que constituem o QASC, revelando baixos valores do fator exercício físico e nutrição, e valores elevados no autocuidado e segurança motorizada.

Quadro 32

Fatores que compõe o QACS (n=202)

Sub-escalas IPQ-RH	Nº.itens	Mín.	Máx.	M	DP
Exercício físico	3	0	12	5,02	3,86
Nutrição	5	0	20	10,37	5,19
Autocuidado	11	0	44	30,91	9,29
Segurança motorizada	3	0	12	9,09	3,04
Uso de drogas e similares	6	0	24	16,11	5,81

Analisou-se se existem diferenças estatisticamente significativas ao nível do estilo de vida entre indivíduos do sexo masculino e feminino. A análise dos dados permitiu verificar que existem diferenças estatisticamente significativas no que diz respeito ao exercício físico e à nutrição entre participantes do sexo masculino e do sexo feminino. O sexo masculino apresenta uma média mais elevada no fator exercício físico, e o sexo feminino apresenta uma média mais elevada no fator nutrição (Quadro 33).

Quadro 33

Descrição das diferenças entre o sexo feminino e masculino nos 5 fatores do QACS

	Sexo	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
Exercício físico	Feminino	107	4,39	3,59	0,78	0,012
	Masculino	95	5,74	4,05		
Nutrição	Feminino	105	11,17	4,87	0,300	0,022
	Masculino	95	9,48	5,42		
Autocuidado	Feminino	104	32,00	9,10	0,309	0,078
	Masculino	91	29,66	9,40		
Segurança motorizada	Feminino	106	9,32	3,26	0,054	0,266
	Masculino	94	8,84	2,76		
Uso de drogas e similares	Feminino	100	16,21	6,24	0,081	0,813
	Masculino	93	16,01	5,35		

Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas na análise quanto às diferenças entre participantes com diagnóstico de tensão arterial elevada e sem esse diagnóstico nos 5 fatores do QACS (Quadro 34).

Quadro 34

Descrição das diferenças entre participantes com diagnóstico de tensão arterial elevada e sem diagnóstico de tensão arterial elevada nos 5 fatores do QACS

	Tensão arterial elevada	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
Exercício físico	Sim	44	4,79	4,04	0,946	0,650
	Não	158	5,09	3,82		
Nutrição	Sim	44	11,40	4,82	0,386	0,134
	Não	156	10,07	5,28		
Autocuidado	Sim	42	32,62	9,31	0,415	0,180
	Não	153	30,44	9,26		
Segurança motorizada	Sim	44	8,79	3,44	0,102	-0,384
	Não	156	9,17	2,93		
Uso de drogas e similares	Sim	42	16,30	6,50	0,090	0,249
	Não	151	16,05	5,62		

Avaliou-se se existia relação estatisticamente significativa entre estilo de vida e idade/escolaridade. Foi encontrada uma relação estatisticamente significativa entre os fatores do QACS e a idade, sendo que quanto menor a idade maior a prática de exercício físico e mais são adotados cuidados com a nutrição (Quadro 35).

Quadro 35

Relação dos 5 fatores do QACS com a idade

Idade	<i>r</i>	<i>p</i>
Exercício físico	-0,291	0,001
Nutrição	0,167	0,018
Autocuidado	-0,018	0,800
Segurança motorizada	-0,100	0,160
Uso de drogas e similares	-0,049	0,500

Quanto maior é a escolaridade mais os participantes praticam exercício físico, têm cuidados com a segurança motorizada, autocuidado e uso de drogas e similares (Quadro 36).

Quadro 36

Relação dos 5 fatores do QACS com a escolaridade

Escolaridade	<i>r</i>	<i>p</i>
Exercício físico	0,308	0,001
Nutrição	0,061	0,398
Autocuidado	0,191	0,008
Segurança motorizada	0,278	0,001
Uso de drogas e similares	0,193	0,008

Por fim, analisou-se se existem diferenças estatisticamente significativas ao nível do estilo de vida entre indivíduos com diferentes estados civis, sendo que, foram encontradas diferenças estatisticamente significativas ao nível do exercício físico, o grupo solteiro revelou uma média superior aos restantes; no autocuidado, o grupo de indivíduos viúvos apresenta uma média mais elevada; e no que respeita à segurança motorizada, o grupo de indivíduos solteiros apresenta uma média inferior em relação aos outros grupos (Quadro 37). Não foi realizado o post hoc, pois a frequência em algumas categorias era muito baixa, não cumprindo, por isso, os critérios para o teste poder ser realizado.

Quadro 37

Descrição das diferenças no estado civil nos 5 fatores do QACS

		<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>F</i>	<i>p</i>
Exercício físico	Solteiro	6,86	3,76	8,596	0,001
	Casado/união de facto	3,85	3,44		
	Separado	4,43	3,88		
	Viúvo	3,50	3,25		
Nutrição	Solteiro	9,75	5,44	1,011	0,403
	Casado/união de facto	10,87	4,87		
	Separado	9,93	5,69		
	Viúvo	11,71	5,70		
Autocuidado	Solteiro	29,92	7,50	3,908	0,005
	Casado/união de facto	31,65	10,06		
	Separado	30,18	9,91		
	Viúvo	36,14	7,98		
Segurança motorizada	Solteiro	8,96	2,84	2,471	0,046
	Casado/união de facto	9,15	3,00		
	Separado	9,62	2,98		
	Viúvo	9,00	4,27		

		<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>F</i>	<i>p</i>
Uso de drogas ou similares	Solteiro	15,80	5,63		
	Casado/união de facto	16,62	5,60		
	Separado	15,50	7,08		
	Viúvo	16,00	7,37		
				1,360	0,250

Nas diferentes atividades profissionais foram encontradas diferenças estatisticamente significativas relativamente ao exercício físico, com valores superiores nos estudantes; segurança motorizada, com valores superiores nos ativos e estudantes; e uso de drogas e similares, destacando-se os ativos e estudantes (Quadro 38). Não foi realizado o post hoc pois a frequência em algumas categorias era muito baixa, não cumprindo, por isso, os critérios para o poder ser realizado.

Quadro 38

Descrição das diferenças entre atividades profissionais e o estilo de vida

		<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>F</i>	<i>p</i>
Exercício físico	Ativos	4,72	3,90		
	Estudantes	8,03	3,53		
	Domésticas	4,60	2,59		
	Desempregados	4,14	2,79		
	Reformados	3,42	3,25	5,512	0,001
Nutrição	Ativos	9,93	5,52		
	Estudantes	11,00	3,91		
	Domésticas	10,60	5,35		
	Desempregados	7,14	3,13		
	Reformados	12,61	4,04	1,861	0,119
Autocuidado	Ativos	30,79	9,62		
	Estudantes	32,52	5,73		

	Domésticas	33,11	7,44		
	Desempregados	27,50	9,69		
	Reformados	29,94	11,18	0,567	0,687
Segurança motorizada	Ativos	9,24	2,80		
	Estudantes	10,08	2,53		
	Domésticas	8,60	2,98		
	Desempregados	6,28	3,77		
	Reformados	7,83	4,23	3,209	0,014
Uso de drogas ou similares	Ativos	16,00	5,87		
	Estudantes	18,64	4,48		
	Domésticas	15,50	4,47		
	Desempregados	11,85	6,36		
	Reformados	14,44	6,40	2,586	0,038

Por fim, o último objetivo que o presente estudo propunha analisar era a relação entre a percepção da tensão arterial elevada e o estilo adotado de cada participante.

A análise dos dados revela que não há uma relação estatisticamente significativa entre a identidade e os fatores exercício físico, nutrição, autocuidado, segurança motorizada e uso de drogas e similares (Quadro 39).

Quadro 39

Relação entre a identidade do IPQ-RH e os 5 fatores do QACS

		Exercício físico	Nutrição	Autocuidado	Segurança motorizada	Uso de drogas e similares
Identidade	<i>r</i>	0,058	-0,077	-0,047	0,060	-0,020
	<i>p</i>	0,418	0,287	0,522	0,409	0,792

A análise revela existir uma relação estatisticamente significativa positiva, de intensidade fraca, entre a dimensão duração aguda/crónica e a segurança motorizada, quanto maiores os valores obtidos na dimensão aguda/crónica, maiores os comportamentos relacionados com a segurança motorizada. Existe uma relação estatisticamente significativa negativa, de intensidade fraca, entre a coerência da doença

e os comportamentos relativos à nutrição e ao autocuidado, revela que quanto menor é a coerência da doença menos são adotados os comportamentos saudáveis do ponto de vista da nutrição e do autocuidado. Há uma relação significativa negativa, de intensidade fraca, entre a representação emocional e o autocuidado, sendo que, quanto menor é a representação emocional menor é a pontuação do fator autocuidado (Quadro 40).

Quadro 40

Relação entre a 2 secção do IPQ-RH e os 5 fatores do QACS

		Exercício físico	Nutrição	Autocuidado	Segurança motorizada	Uso de drogas e similares
Duração	<i>r</i>	0,099	0,056	0,039	0,193	0,099
aguda/crónica	<i>p</i>	0,177	0,447	0,601	0,008	0,188
Consequências	<i>r</i>	-0,095	0,060	-0,103	0,038	-0,038
	<i>p</i>	0,183	0,403	0,156	0,595	0,608
Controlo	<i>r</i>	-0,014	-0,045	0,062	0,102	0,028
peçoal	<i>p</i>	0,842	0,531	0,344	0,152	0,697
Controlo de	<i>r</i>	-0,044	0,001	0,094	0,021	0,121
tratamento	<i>p</i>	0,539	0,998	0,195	0,770	0,096
Coerência da	<i>r</i>	-0,068	-0,147	-0,183	-0,082	-0,077
doença	<i>p</i>	0,350	0,043	0,012	0,260	0,297
Duração	<i>r</i>	-0,025	0,027	-0,038	-0,053	-0,042
cíclica	<i>p</i>	0,350	0,706	0,606	0,458	0,569
Representação	<i>r</i>	-0,106	-0,031	-0,148	-0,100	-0,102
emocional	<i>p</i>	0,141	0,071	0,043	0,165	0,165

Entre as Causas e os 5 fatores do QACS foi encontrada uma relação estatisticamente significativa, negativa, de intensidade fraca, entre a dimensão Outras Causas e o Autocuidado e entre aquelas e o Uso de Drogas e Similares, sendo que os indivíduos adotam menos comportamentos de autocuidado e uso de drogas e similares, quanto mais atribuem à hipertensão outras causas (Quadro 41).

Quadro 41

Relação entre as Causas do IPQ-RH e os 5 fatores do QACS

		Exercício físico	Nutrição	Autocuidado	Segurança motorizada	Uso de drogas e similares
Atribuição psicológica	<i>r</i>	-0,066	-0,002	-0,021	0,041	-0,090
	<i>p</i>	0,358	0,977	0,777	0,576	0,224
Fatores de risco	<i>r</i>	-0,033	0,011	0,001	0,051	0,014
	<i>p</i>	0,648	0,876	0,993	0,489	0,852
Outras causas	<i>r</i>	-0,074	-0,117	-0,252	-0,068	-0,207
	<i>p</i>	0,324	0,118	0,001	0,366	0,006

7. Discussão

Com o presente estudo pretendeu-se contribuir para uma maior compreensão sobre a relação entre a percepção da tensão arterial elevada e o estilo de vida adotado por adultos portugueses.

O primeiro objetivo geral desta investigação foi caracterizar a percepção da tensão arterial elevada nos participantes quanto às nove dimensões da percepção da doença (identidade, duração aguda/crónica, consequências, controlo pessoal, controlo de tratamento, coerência da doença, duração cíclica, representação emocional e causas – atribuição psicológica, fatores de risco e outras causas).

Na Identidade da doença, foram associados 6 sintomas à tensão arterial elevada – tonturas, dores de cabeça, fadiga, perda de forças, dificuldades em dormir e náuseas. A maioria das pessoas não tem qualquer sintoma, mesmo quando os valores da tensão arterial atingem resultados considerados perigosos para o organismo (Ministério da Saúde, 2011), no entanto, apesar de raros, alguns dos sintomas que podem ocorrer são precisamente dores de cabeça, sensações de calor ou cansaço, dificuldade de respirar e sensação de pressão no peito (Vaz, 2007), o que revela existir genericamente uma percepção correta por parte dos participantes quanto aos sintomas. Os participantes com diagnóstico de tensão arterial elevada associaram menos sintomas à doença, fator que pode ser explicado pela vivência da mesma. Relativamente às atividades profissionais, os ativos e os reformados associaram mais sintomas à doença. O significado da tensão arterial elevada, assim como os seus sintomas, pode estar associado a valores e crenças que são construídas a partir das interações sociais entre os doentes, familiares, amigos e profissionais de saúde, e quanto ao nível de conhecimento que os mesmos têm sobre a doença (Contiero et al., 2009). A experiência de sintomas corporais vai ativar as estruturas cognitivas - fonte de informação para a avaliação das ameaças de saúde (Leventhal et al., 1997), se no caso desta doença poucos são os sintomas associados à mesma, até porque são poucos os sintomas vivenciados pelo próprio doente, provavelmente os indivíduos não vão considerar esta doença como uma ameaça, até vivenciarem alguns dos sintomas secundários.

Os resultados do presente estudo permitiram concluir que os participantes têm a percepção de que a tensão arterial elevada é uma doença crónica, com consequências

negativas para o indivíduo, mas que pode ser controlada com o tratamento, e que o próprio doente pode controlar a evolução da doença. Para além disso, são associadas emoções negativas à doença. Estes resultados vão de encontro à literatura, que prova que a hipertensão arterial é uma doença crónica, responsável por acarretar graves consequências (Chen Tsai & Chou, 2011; Figueiras et al, 2010; Kolb et al., 2011; Péres & Viana, 2003; Reis & Glashan, 2001; Ross & Alsen, 2009). Ao nível da adesão ao tratamento, os doentes que não acreditam que o seu problema irá prolongar-se no tempo, têm menos probabilidades de aderir ao mesmo por um longo período de tempo, comparativamente aos doentes com uma representação de doença de duração crónica (Meyer et al., 1985). No caso dos indivíduos com tensão arterial elevada, de facto estes têm a percepção que é uma doença crónica, o que está correto, e têm a percepção de que a mesma pode ser controlada. No entanto, a literatura sugere que a adesão ao tratamento é fraca nesta doença, não será um contrassenso?

De acordo com a literatura, os indivíduos têm posições diferentes quanto à cura da tensão arterial elevada: consideram que não existe possibilidade de ficar bom; que a cura é possível; que há melhora com tratamento; e admitem a possibilidade de cura total (Falcão, Guedes & Silva, 2006), o que se verificou também no presente estudo.

No presente estudo verificamos que os participantes com diagnóstico de tensão arterial elevada têm percepção de que esta é cíclica e uma representação emocional da doença como sendo mais negativa. Para um doente com hipertensão, o facto de ter que tomar a medicação relembra a sua condição de saúde, o que pode criar ansiedade, medo e tristeza (Péres, Magna & Viana, 2003). O ter um rótulo de hipertenso pode gerar manifestações de ansiedade e insegurança, sendo o esclarecimento da doença um ponto essencial (Brito et al., 2008).

A idade demonstrou estar correlacionada com a percepção da doença, sendo que quanto menor é a idade menor a percepção da doença ser crónica e do controlo sobre a doença, e quanto maior é a idade maior a percepção das consequências negativas da doença e a representação emocional da doença é mais negativa. O aumento da idade é um fator determinante no aumento da tensão arterial (MacMahon et al., 1990, Ramalhinho 2006) e a prevalência da hipertensão aumenta com a idade (MacMahon et al, 1990), o que pode sustentar estes resultados.

A escolaridade demonstrou estar relacionada com a percepção desta doença, revelando que quantos mais anos de escolaridade o indivíduo tem, maior é a percepção da doença ser crónica e do controlo sobre esta, e quanto menor é a escolaridade mais pobre é a compreensão da doença e menor é a representação emocional negativa. A investigação revela que a escolaridade tem uma grande influência na hipertensão, sendo que quem possui menos anos de escolaridade apresenta uma maior probabilidade de ter tensão arterial elevada, pois normalmente está associado a piores condições de vida (Hartmann et al, 2007; Zaitune et al, 2003).

No presente estudo constatou-se que os reformados têm uma maior coerência da doença, percepção de que a doença é mais cíclica e uma representação emocional mais negativa da mesma. Este resultado pode ser explicado pelo facto deste grupo, pela sua idade, conter mais participantes com diagnóstico de tensão arterial elevada, o que vai de encontro aos resultados já referidos, que mostraram que quanto mais idade tem o indivíduo maior é a sua representação emocional da doença.

Relativamente às causas atribuídas à doença o presente estudo revela que a maioria dos participantes atribui como causas da tensão arterial elevada o “stress ou preocupação”, “problemas familiares”, “excesso de trabalho” – atribuição psicológica, “excesso de peso”, “alimentação” – fatores de risco, e “o meu próprio comportamento” – outras causas.

Os participantes com diagnóstico de tensão arterial elevada associam como principais causas o ‘excesso de peso’ e ‘alimentação’, possivelmente porque, poderão ter sido aconselhados a modificar o seu estilo de vida, sendo estes dois domínios abordados nas consultas, quer médicas, quer de enfermagem.

A escolaridade também mostrou ser relevante na atribuição das causas. Os participantes com mais anos de estudos identificam como principais causas o “excesso de peso” e a “alimentação”, enquanto que aqueles que possuem menos estudos, referem menos “o meu próprio comportamento”. O nível de educação formal dos sujeitos, assim como, a sua capacidade para resolver problemas e de ter iniciativa para selecionar comportamentos preventivos, tendem a afetar a sua saúde (Westaway & Viljoen, 2000). Esta ideia poderá explicar o resultado obtido: participantes com menos escolaridade podem não estar tão conscientes de que o seu comportamento pode influenciar a sua própria saúde.

Relativamente à análise do estilo de vida dos participantes, foi possível constatar valores baixos no exercício físico e nutrição, e valores elevados no autocuidado e segurança motorizada. O sexo masculino revela adotar mais frequentemente comportamentos relacionados com o exercício físico, enquanto o sexo feminino pontua mais na nutrição. Matos (2002) refere que o sexo masculino percebe, mais positivamente, a importância da atividade física, no que respeita ao seu bem-estar e satisfação, o que pode explicar o resultado obtido. Também a idade mostra ter um peso no estilo de vida, sendo que participantes mais novos têm uma maior pontuação no exercício físico, e com o aumento da idade vai sendo maior a preocupação com a nutrição.

A escolaridade, mais uma vez, revela estar relacionada com as escolhas dos participantes, sendo que participantes com mais anos de escolaridade apresentam mais frequentemente comportamentos que podem ser associados a um estilo de vida mais saudável nos diversos fatores – exercício físico, autocuidado, segurança motorizada e uso de drogas e similares. E se, como já referido, uma maior escolaridade está associada a melhores condições de vida, logo a melhores condições de saúde, posteriormente maior possibilidade de poder criar condições para um estilo de vida mais saudável.

O grupo dos solteiros pratica mais frequentemente exercício físico, fator que pode ser explicado pela idade dos mesmos. O grupo dos viúvos revela adotar mais frequentemente comportamentos de autocuidado. Os estudantes praticam mais frequentemente exercício físico, e os participantes ativos e estudantes apresentam mais frequentemente comportamentos no que respeita a segurança motorizada e uso de drogas e similares.

Por fim, o último objetivo deste estudo, o qual serviu como mote para a delineação do trabalho de investigação, é a análise da relação entre a percepção da tensão arterial elevada e o estilo de vida adotado dos participantes. Os resultados demonstram que, a coerência da doença e a representação emocional da mesma está correlacionada com o estilo de vida, sendo que uma compreensão mais pobre da doença e uma representação menos negativa da mesma leva a menores preocupações com a nutrição e o autocuidado. Também nas causas foi possível verificar que quanto mais os participantes adotam comportamentos de autocuidado e uso de drogas e similares menos causas associam à doença. Os estudos efetuados mostram que, a hipertensão arterial obriga a mudanças no estilo de vida dos doentes (Bezerra et al, 2010; Falcão, Guedes &

Silva, 2006; Oliveira et al, 2009; Reza & Nogueira, 2008), ao não compreender a doença e não tendo uma representação emocional negativa da mesma, o sujeito não se vai preocupar em alterar o seu estilo de vida. Neste sentido, poderemos inferir que a representação da tensão arterial elevada está associada ao estilo de vida adotado, sendo que aqueles que compreendem a doença e que têm uma representação mais negativa da mesma, apresentam um estilo de vida mais adequado relativamente à sua alimentação e autocuidado.

8. Conclusão

O presente estudo pretendeu abordar a problemática da tensão arterial elevada e a sua relação com o estilo de vida.

A hipertensão arterial é considerada um dos fatores de risco mais importantes para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares e sofre uma influência multifatorial, com destaque para o estilo de vida (Colleta, 1995). Mundialmente, a tensão arterial elevada é uma doença de alta prevalência. Os estudos indicam que esta doença está a aumentar e as autoridades de saúde pública enfrentam atualmente um dos maiores desafios para o controlo da tensão arterial e outras doenças crónicas (Reza & Nogueira, 2008). Este estudo vai de encontro a este desafio: encontrar informações que possam ser relevantes para o combate à crescente problemática da hipertensão.

Como a doença é assintomática, o controlo dos fatores de risco modificáveis é possível de ser realizado de forma relativamente simples – baseado na magnitude e na gravidade das suas manifestações. Isto é, os pacientes portadores de hipertensão arterial devem ser orientados quanto à manutenção ou mudança de estilo de vida adequado e promoção do exercício, perda de peso, restringindo o consumo de sódio, álcool, cigarro, para a promoção de sua saúde e um melhor controlo da doença (Reza, C. & Nogueira, M. (2008). Da mesma forma, indivíduos saudáveis devem ser alertados para as consequências da hipertensão, de forma a modificarem o seu estilo de vida, e prevenindo desta maneira a doença.

Os resultados obtidos através deste trabalho de investigação sugerem que existem diferenças estatisticamente significativas ao nível da percepção da tensão arterial elevada consoante as variáveis demográficas, em particular a idade, o diagnóstico de tensão arterial elevada, a escolaridade e as diferentes atividades profissionais. Foram também encontradas diferenças significativas no estilo de vida, particularmente no sexo, idade, situação conjugal, escolaridade e diferentes atividades profissionais.

Os participantes associam os sintomas corretos à tensão arterial elevada, sendo que a percepção desta doença é que se trata de uma doença crónica, com consequências negativas para o doente, mas que o próprio pode controlar a evolução da doença. Os sujeitos com diagnóstico de tensão arterial elevada apresentam uma representação emocional mais negativa da doença e de que esta é cíclica. A idade e escolaridade

apresentam um forte peso na percepção da doença sendo que, quanto maior é o nível de escolaridade e a idade, mais correta é a percepção da tensão arterial elevada. Os reformados apresentam uma percepção mais completa da doença.

As principais causas associadas à doença foram o stress ou preocupação, excesso de peso, excesso de trabalho, problemas familiares, alimentação e o próprio comportamento de cada sujeito.

O estilo de vida apresenta valores baixos na nutrição e na prática de exercício físico. O sexo masculino, os solteiros e os estudantes praticam mais exercício físico. O sexo feminino demonstra mais preocupação com a alimentação que os restantes. A idade e a escolaridade, mais uma vez, demonstram ser fatores relevantes, sendo que um nível de escolaridade mais elevada, assim como a idade, revela um estilo de vida mais adequado.

Os resultados do presente estudo permitem estabelecer uma relação entre a percepção da tensão arterial elevada e o estilo de vida., sendo que uma melhor compreensão sobre a doença e uma representação emocional negativa da mesma relaciona-se com estilos de vida mais adequados.

A adoção de medidas educativas que interfiram no comportamento dos portadores de hipertensão arterial, assim como na população em geral, é imprescindível para que as mudanças nos hábitos e estilo de vida exerçam maior controlo sobre fatores de risco (Oliveira et al, 2009). O estudo sugere a importância da compreensão da doença para adoção de um estilo de vida saudável.

Educar para a saúde e, conseqüente estilo de vida saudável, mostrou-se fundamental. A educação é determinante para o desenvolvimento de competências que vão transformar e criar condições de vida saudáveis (Rodrigues, Pereira & Barroso). A educação para a saúde visa capacitar os indivíduos para uma atitude de vida positiva que conduza à adoção de estilos de vida saudáveis, evitando situações de risco e dano (Toldy et al., 2011).

Elaborar programas de promoção da saúde, neste contexto, é uma das sugestões deste estudo para futuras intervenções. Projetar programas de saúde é uma boa forma de promover estilos de vida saudáveis, e aumentar a percepção da população em geral sobre, neste caso, a tensão arterial elevada.

As mudanças no estilo de vida são difíceis de conseguir dada as interações deste com diversos outros aspetos do quotidiano e da vida urbana como por exemplo: falta de tempo, falta de tranquilidade, logo, ansiedade, e difícil acesso a padrões de comportamento e de consumo mais satisfatórios do ponto de vista da saúde (Viana, 2002). Talvez por isso, ainda que possa haver muita informação disponível para a adoção de estilos de vida saudáveis, os indivíduos acabem por não aderir. Ao elaborar um programa de promoção da saúde que tenha como base a prevenção da hipertensão arterial e adoção de um estilo de vida saudável, deve-se ter em conta se as sugestões propostas vão de encontro às necessidades da população. Desta forma, se forem propostas mudanças de fácil acesso, e a informação sobre a doença for clara, a probabilidade de cada indivíduo aderir e perceber de forma correta a mesma, não desmotivando, será maior.

Entre uma das limitações desta investigação regista-se o facto de o número de participantes não ser elevado não permitindo generalizar as conclusões. Apesar das limitações, o presente estudo reforça a importância da percepção da tensão arterial elevada na população em geral e relação desta com o estilo de vida.

Desta forma, consideramos que este estudo empírico poderá ser visto como um contributo para uma melhor compreensão da temática abordada, assim como, para o desenvolvimento de intervenções junto da população direccionadas para a compreensão da tensão arterial elevada.

No que diz respeito a sugestões para estudos futuros poderia ser interessante generalizar este estudo de forma a obter uma informação mais precisa da população sobre a tensão arterial elevada. Também seria uma mais valia, tentar compreender os resultados relativos ao estilo de vida, que indicam comportamentos menos adequados na nutrição e exercício físico, explorando mais estas duas variáveis, através de estudos. Foi possível observar no presente estudo que uma representação emocional mais negativa da doença está associada a estilos de vida mais saudáveis, seria importante explorar as representações emocionais na tensão arterial elevada

Referências

- Alsén, P. (2009). *Illness perception and fatigue after myocardial infarction*. Gobeborg: University of Gothenburg.
- Alves, V. & Nunes, O. (2006). Health education in connection with medical attention to hypertensive patients in the family health program. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, 10, 131-147.
- Amadeo, C. & Lima, N. (1996). Tratamento não medicamentoso da hipertensão arterial. *Medicina*, 29, 239-243.
- American Medical Association (2003). Effects of comprehensive lifestyle modification on blood pressure control. *Journal of the American Medical Association*, 289, 2083-2085.
- Appel, L. (2000). The role of diet in the prevention and treatment of hypertension. *Current Atherosclerosis Reports*, 2, 521-528.
- Barreto, M. (2005). Análise da estratégia global para alimentação, atividade física e saúde, da Organização Mundial de Saúde. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 1, 41-68.
- Barros, J. (2002). Pensando o processo saúde doença: a que responde o modelo biomédico. *Saúde e Sociedade*, 11, 67-84.
- Beilin, L. (1997). Stress, coping, lifestyle and hypertension: a paradigm for research, prevention and non-pharmacological management in hypertension. *Clinic Experimental and Hypertension*, 19, 39-752. [abstract]
- Beilin, L. (1999). Lifestyle and hypertension. *Clinical and Experimental Hypertension*, 21, 749-762. [abstract]
- Beilin, L., Puddey, I. & Burke, V. (1999). Lifesyle and hypertension. *Journal of hypertension*, 12, 934-945. [abstract]

- Bengel, J., Strittmatter, R., Willmann, H. (1999). *What keeps people healthy? The current state of discussion and the relevance of Antonovsky's salutogenic model of health*. Cologne: Federal Centre for Health Education.
- Berger, K. (2003). *O desenvolvimento da pessoa*. Rio de Janeiro: LTC Editora.
- Bezerra, S., Silva, L., Guedes, M. & Freitas, M. (2010) Percepção de pessoas sobre a hipertensão arterial e conceitos. *Revista Gaúcha Enfermagem*, 31, 499-507.
- Brannon, L. & Feist, J. (2009). *Health Psychology: An introduction to behavior and health*. USA: Cengage Learning.
- Brasio, K., Lalini, D., Fernandes, Q. & Bezerra, T. (2003). Comparação entre três técnicas de intervenção psicológica para tratamento da fibromialgia: Treino de controlo de stress, relaxamento e reestruturação cognitiva. *Revista Ciência Médica*, 12, 307-318.
- Brito, D., Araújo, T., Galvão, M., Moreira, T. & Lopes, M. (2008). Qualidade de vida e percepção da doença entre portadores de hipertensão arterial. *Caderno de Saúde Pública*, 24, 933-940.
- Campbell, L., Crocker, P. & McKenzie, D. (2002). Field evaluation of energy expenditure in women using Tritrac accelerometers. *Medicine Science Sports Exercice*, 34, 1667-74.
- Campbelle, N. (1999). Lifestyle modifications to prevent and control hypertension. *Canadian Medical Association Journal*, 160, 1-6.
- Campos, E. (2009). *A descoberta do Outro: Diálogos Interdisciplinares entre Antropologia e Saúde*. In VIII Reunion de Antropologia del Mercosur, 2009, Buenos Aires. *Diversidad y Poder en América Latina*. Buenos Aires
- Caplan, A., McCartney, J. & Sisti, D. (2004). Health, disease, and illness: concepts in medicine. *Journal of Medicine and Philosophy*, 27, 651-673. [abstract]
- Capra, F. (1996). *A teia da vida, uma nova compreensão científica dos sistemas vivos*. (13 ed.). São Paulo: Cultrix.
- Cardoso, C. (2006). *A influência da autoeficácia na adesão aos comportamentos de saúde*. (Tese de Pós Graduação em Psicologia não publicada). Instituto de Psicologia, Uberlândia.

- Carta de Bangucoque (2005). *6ª Conferência Internacional sobre a promoção da Saúde*. Bangucoque: Tailândia.
- Carta de Ottawa. (1986). *Promoção da saúde nos países industrializados, 1ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde*. Ottawa: Canadá.
- Carvalho, A. (2007). *Promoção da saúde: Conceções, valores e práticas de estudantes de Enfermagem e de outros cursos do ensino superior*. (Tese de doutoramento não publicada). Faculdade de Saúde. Universidade do Minho.
- Carvalho, F., Telarolli J., R. & Machado, J. (1998). Uma investigação antropológica na terceira idade: concepções sobre a tensão arterial. *Revista de Saúde Pública*, 14, 617-619.
- Carvalho, M. (1999) *O modelo informação-motivação-aptidões comportamentais estudo dos determinantes dos comportamentos preventivos na transmissão de VIH em jovens adultos*. (Tese de Mestrado em Psicologia da Saúde não publicada). Instituto Superior de Psicologia Aplicada.
- Castro, A. & Scatena, M. (2004). Manifestação emocional de stress do paciente hipertenso. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 12, 859-865.
- Castro, M., Rolim, M. & Mauricio, T. (2005). Prevenção da hipertensão e sua relação com o estilo de vida dos trabalhadores. *Acta Paulista de Enfermagem*, 18, 184-9.
- Celich, K. & Spadari, G. (2008). Estilo de vida e saúde: Condicionantes de um envelhecimento saudável. *Cogitare Enfermagem*, 13, 252-60.
- Chan, M. (2010). *Mudança de estilos é indispensável para melhorar a saúde mundial*. Centro Regional de Informação das nações unidas. Disponível em www.unric.org.
- Chen, S., Tsai, J. & Chou, K. (2011). Illness perceptions and adherence to therapeutic regimens among patients with hypertension: A structural modeling approach. *International Journal of Nursing*. 48, 235-245 [abstract]
- Cipriano, J. (2010). A crise do modelo biomédico e a resposta da promoção da saúde. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 28, 117-8.

- Coleta, M. (2003). Escalas para medida das crenças em saúde: construção e validação. *Avaliação Psicológica*, 2, 111-122.
- Colleta, D. (1995). *O modelo de crença em saúde: uma aplicação a comportamentos de prevenção e controle da doença cardiovascular*. (Tese de doutoramento não publicada), Universidade de Brasília.
- Colombo, R. & Aguillar, O. (1997). Estilo de vida e fatores de risco de pacientes com primeiro episódio de infarto agudo do miocárdio. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 5, 69-82.
- Conselho Nacional de Alimentação e Nutrição (1997). Recomendações para a educação alimentar na população portuguesa. *Revista portuguesa de Nutrição*, 7, 5-19.
- Contiero, A., Pozati, M., Challous, R., Carreira, L. & Marcon, S. (2009). Idoso com hipertensão arterial: Dificuldades de acompanhamento na Estratégia Saúde da Família. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 30, 62-70.
- Corrondo, E. (2006). *Formação profissional de enfermeiros e desenvolvimento da criança: contributo para um perfil centrado no paradigma salutogenico*. (Tese de doutoramento na área do conhecimento não publicada). Instituto de Estudos da Criança. Universidade do Minho.
- Cotta, R., Batista, K., Reis, R., Dias, G., Castro, F. & Alfenas, R. (2009). Perfil sócios sanitário e estilo de vida de hipertensos e / ou diabéticos, usuários do programa de Saúde da Família no Município de Teixeira. *Ciência & Saúde Colectiva*, 14, 1251-1260.
- Coulson, A. & Boushey, C. (2008). *Nutrition in the prevention and treatment of disease*. USA: Elsevier Academic Press.
- Coutinho, J. (2001). Comportamentos de adesão ao rastreio do cancro da próstata. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 2, 107-115.
- Couto, A. (1998). O modelo de crenças da saúde e a teoria do comportamento planeado na educação para a saúde. *Referencia*, 1, 5-9.
- Crema, R. (1988). *Introdução à visão holística: Breve relato de viagem do velho ao novo paradigma*. São Paulo: Summus Editorial.

- Crema, R. (1995). *Saúde e plenitude. Um caminho para o ser* (5ª ed.). São Paulo: Summus Editorial.
- Cutolo, L. (2006). Modelo biomédico, reforma sanitária e educação pediátrica. *Arquivos Catarinenses de Medicina*, 35, 16-20.
- Declaração de Alma-Ata (1978). *Conferência Internacional sobre cuidados de saúde primários*. Almata, URSS.
- Declaração de Jacarta sobre a Promoção da Saúde no Século XXI. (1997). *Adotado da quarta conferencia Internacional sobre a Promoção de saúde*. Jacarta, República da Indonésia.
- Declaração do México (2000). *5ª Conferencia Internacional sobre Promoção da saúde*. Cidade do México, México.
- DeMarco, M. (2006). Do modelo biomédico ao modelo biopsicossocial: um projeto de educação permanente. *Revista de Educação Médica*, 30, 60-63.
- Duarte, S. (1998). Outros saberes de saúde e de doença. *Referência*, 1, 11-21.
- El. Baz, M. (2004). *Building a healthy lifesyle*. USA: Universe, Inc.
- Erridge, H. (2007). *Creating your new lifestyle*. California: Falcon Groups.
- Eurotrials (2006). Estilos de vida e doenças em Portugal, imaginação ou realidade? *Saúde em mapas e números*, 18, 11-13.
- Ewles, L., & Simnett, I. (1999). *Promoting health. A practical guide* (4th ed.). London: Baillière Tindall.
- Ezzati, M., Lopez, A., Rodgers, A., Hoorn, S., Murray, C. (2002). (2002). Selected major risk factores and global and regional burden of disease: and the Comparative Risk Assessment Collaborating Group. *The Lancet*, 360, 1347-60.
- Falcão, M., Guedes, M. & Silva, L. (2006) Portador de hipertensão arterial: compreensão fundamentada no sistema pessoal de Imogene King. *Revista Paulista de Enfermagem*, 25, 46-51.
- Feeney, J. (2009). Managing hypertension through a healthy lifestyle. *Health Connections*, 6, 1-3.

- Feio, A. & Oliveira, C. (2010). O modelo das crenças de saúde e a teoria da autopoiesis. *Reflexão & Ação*, 18, 215-243.
- Figueiras, M., Marcelino, D. & Ferreira, M. (2009) Preditores da intenção de adoptar comportamentos preventivos face ao HIV/SIDA em adolescentes portugueses. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 27, 27-36.
- Figueiras, M., Marcelino, D., Claudino, A., Cortes, M., Maroco, J. & Weinman, J. (2010). Patients illness schemata of hypertension: the role of beliefs for the choice of treatment. *Psychology & Health*, 2, 1-11.
- Figueiras, M., Alves, N. & Barracho, C. (2004). Diferenças do valor preditivo da Teoria da Acção Planeada na intenção de adoptar comportamentos preventivos para o cancro de pele: O papel do optimismo e da percepção da doença em indivíduos saudáveis. *Análise psicológica*, 22, 571-583.
- Figueiras, M. J. & Alves, N. C. (2007) Lay perceptions of serious illnesses: An adapted version of the Revised Illness Perception Questionnaire (IPQ-R) for healthy people. *Psychology and Health*. 22, 143-158.
- Fortin, M. F. (1999). *O processo de investigação, da conceção à prática*. Lisboa: Lusociência- Edições Técnicas e Científicas.
- Fortune, G., Barrowclough, C. & Lobban, F. (2004). Measuring illness representations in depressed mothers. *British Journal of Clinical Psychology*, 43, 347-364.
- Freitas, P. (2006). *Saúde um estilo de vida*. São Paulo: IBRASA.
- Freund, P. & McGuire, M. (1995). *Health, illness and the social body: A critical sociology*. New Jersey: Practice Hall.
- Geleijnse, J. & Grobbee, D. (2003). Nutrition and health hypertension. *Ned Geneesk*, 147, 996-1000. [abstract]
- Glanz, K., Rimer, B., Lewis, F. (2002). *Health behavior and health education: thepry, research, and practice*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Goldim, I. (2002). *Saúde*. Disponível em <http://www.uirs.br/RCPNgppg/saúde.htm>
- Gonzalez, B. & Pais Ribeiro, J., L. (2004). Comportamentos de saúde e dimensões de personalidade em jovens estudantes universitárias. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 5, 107-127.

- Green, L. (1984). Modifying and developing health behavior. *Public Health*, 5, 215-36
- Grilo, A. (2005). Os modelos da saúde e suas implicações na humanização dos serviços de saúde. *Revista Electrónica de Psicología*, 10, 1579-4113.
- Guerra, M. (2004). *Estilo de vida dos adolescentes*. (Tese de mestrado em ciências de enfermagem não publicada), Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar.
- Guidelines for the management of arterial hypertension (2007). European society of hypertension and European society of cardiology guidelines. *Journal of Hypertension*, 25, 1105-1110.
- Guyton, A. & Hall, J. (2002). *Tratado de fisiologia Médica*. (10ª ed.) Rio de Janeiro: Editora Guanabara Kogan.
- Hartmann, M., Dias da Costa, J., Olinto, M., Pattussi, M. & Tramontini, A. (2007) Prevalência da hipertensão arterial sistêmica e factores associados: um estudo de base populacional em mulheres no sul do Brasil. *Revista de Saúde Pública*, 23, 1857-60.
- Helito, A. & Kauffman, P. (2006). *Saúde – entendendo as doenças*. São Paulo: Nobel.
- Hesbeen, W. (2000). *Qualidade em Enfermagem: Pensamento e acção na perspectiva do cuidar*. Loures: Lusociência
- Kolb, E., Zarate, R., Gillespie, M., R., Deliganis, J. & Norgan, G., H. (2011). Perceptions About High Blood Pressure Among Mexican American Adults Diagnosed With Hypertension. *Family & Community Health*, 34. 17-27. [abstract]
- Larrea, C. & Plana, M. (1993). Antropologia y educación para la salud. *Revista Rol de Enfermería*, 16, 65-69.
- Leal, R. (2009) *De boas intenções está o estômago cheio: Implementação de intenções no comportamento alimentar dos jovens*. (Tese de mestrado integrado em psicologia não publicada). Secção de psicologia clinica e da saúde, Universidade de Lisboa.
- Leventhal, H., Meyer, D. & Nerenz, D., (1980). The common-sense model of illness danger. In S. Rachman (Ed.). New York: Pergamon.

- Lima, M., Bucher, J. & Lima, J. (2004). A hipertensão arterial sob o olhar de uma população carente: estudo exploratório a partir dos conhecimentos, atitudes e práticas. *Cadernos de Saúde Pública*, 20, 1079-1087.
- Lipp, M. (1999). *O stress está dentro de você*. São Paulo: Editora Contexto.
- Lipp, M. (2001). Treino psicológico de controlo do stress como pratica clinica para a redução na reatividade cardiovascular de hipertensos. *Temas de Psicologia*, 9, 91-98.
- Lipp, M. (2006). Teoria de temas de vida do stress recorrente e crónico. *Boletim Academia Paulista de Psicologia*, 26, 82-93.
- Lipp, M. (2007). Controle do stress e hipertensão arterial sistémica. *Revista de Hipertensão*, 14, 89-93.
- Lipp, M. & Rocha, J. (2007). *Pressão alta e stress*. São Paulo: Papirus.
- Lippke, S., Wiedemann, A. U., Ziegelmann, J. P., Reuter, T., & Schwarzer, R. (2009). Self-efficacy moderates the mediation of intentions into behavior via plans. *American Journal of Health Behavior*, 33, 521-529.
- Lyng, S. (1950). *Holistic Health and biomedical health*. Albany: University of New York Press.
- Macedo, M. (2005). Estudo da prevalência, tratamento e controlo da hipertensão em Portugal. *Eurotrials, Saúde em Mapas e Números*, 19.
- Macedo M.; Lima, M., Silva, A., Alcantera, P., Ramalhinho, V. & Carmona, J. (2005) Prevalence, Awareness, Treatment and Control of Hypertension in Portugal, the PAD study. *Journal Hypertens.* 23, 1661-6.
- MacMartins, S., Peto, R. & Cutler, J. (1995). Blood Pressure, stroke and coronary heart disease: effects of prolonged differences in blood pressure – evidence from prospective observational studies corrected for dilution bios. *Lancet*, 335, 765-74.
- Magalhães, J. (2009). *Estilo de vida de idosos hipertensos; análise de repercussão de uma tecnologia educativa em saúde*. (Tese de mestrado em Saúde Colectiva não publicada), Fundação Edson Queiroz.

- Magalhães, S. (2007). *Análise do perfil do estilo de vida por atividade de turismo na natureza*. (Tese de mestrado não publicada). Universidade Estadual de Santa Cruz.
- Malagris, L., Runini, T., Silva, P., Esposito, B. & Ribeiro, A. (2009). Evidências biológicas do treino de controlo de stress em pacientes com hipertensão. *Psicologia e Reflexão Crítica*, 22, 60-98.
- Marks, D. (2002). *The health psychology reader*. London: Sage Publications.
- Marelich, W. & Erger, S. (2004). *The social psychology of health: essays and reading*. London: Sage Publications.
- Margis, R., Picon, P., Cosner, A. & Silveira, R. (2003). Relação entre stressores, stress e ansiedade. *Revista de Psiquiatria*, 25, 65-74.
- Martinho, F. (2006). *Afetividade, percepção de saúde, stress e estilos de vida nos jovens*. (Tese de Mestrado em Psicologia da Saúde não publicada). Instituto Superior de Psicologia Aplicada.
- Matos, A. & Machado, A. (2007). Influência das variáveis psicossociais na qualidade de vida em asmáticos. *Psicologia: teoria e prática*, 23, 139-148.
- Matarazzo, J. (1982). Behavioral health's challenge to academic scientific and professional psychology. *American Psychologist*, 37, 1-14.
- Matarazzo, J. (1984). *Behavioral Health: A 1990 challenge for health services professions*. In J. Matarazzo., S. Weiss., J. Herd., N., Miller. & S. Weiss (Orgs.). Behavioral health (3-40). New York: John Wiley & Sons.
- Matos, M. & Equipa do Projeto Aventura Social (2002). *A saúde dos adolescentes portugueses*. Lisboa: Faculdade de Motricidade Humana.
- Matos, M. (2006). *Aventura Social & Saúde, Indicadores de saúde dos adolescentes portugueses*, Relatório Preliminar HBSC.
- Mendes, A. (2008). *Pensar e agir para viver melhor: a auto-regulação e o coping na adaptação dos indivíduos com diabetes mellitus de tipo II*. (Tese de mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde, não publicada) Universidade de Psicologia. Lisboa.

- Meneses, R. & Ribeiro, J. (2000). Como ser saudável com uma doença crónica: Algumas palavras orientadoras da saúde. *Análise psicológica*, 4, 523-528.
- Mendes, R (2008). História dos conceitos de saúde e doença. [Em linha] Disponível em http://www.forumenfermagem.org/index.php?option=com_content&view=article&id=3298:historia-dos-conceitos-de-saude-e-de-doenca-&catid=176: [Consultado em 3/04/2012]
- Ministério da Saúde.(2012). Programa nacional de intervenção integrada sobre determinantes da saúde relacionados com os estilos de vida. [Em linha] Disponível em <http://www.onocop.pt/conteudos/documentos/PNIISDEV.pdf>. [Consultado a 12/05/2012].
- Ministério da Saúde (2012). *Determinantes de saúde e promoção para a saúde uma abordagem para a melhoria do estado de saúde das populações, Moçambique*. [Em linha] Disponível em <www.misau.mz/pt> [Consultado em 2/06/2012]
- Molina, M., Sá Cunha, R., Herkenhoff, L. & Mill, J. (2003) Hipertensão arterial e consumo de sal em população urbana. *Revista de Saúde Pública*, 37, 743-50.
- Monteiro, P., Santos, F., Fornazari, P. & Cesarino, P. (2005). Características biossociais, hábitos de vida e controle da pressão arterial dos pacientes em um programa de hipertensão. *Arquivo de Ciências de Saúde*, 12, 3-9.
- Moreira, A., Santos, Z. & Caetano, J. (2009). Aplicação do modelo de crenças em saúde na adesão do trabalhador hipertenso ao tratamento. *Revista de Saúde Colectiva*, 19, 989-1006.
- Moser, M. (2005). Are lifestyle interventions in the management of hypertension effective? *Journal of Hypertension*, 6, 324-326.
- Moss-Morris, R., Weinman, J., Horne, R., Cameron, L.D., & Buick, D. (2002). The revised illness perception questionnaire (IPQ-R). *Psychology and Health*, 17, 1-16.
- Nejad, L., Wertheim, E. & Greenwood, K. (2005). Comparison of the Health Belief Model and the Theory of Planned Behavior in the prediction of dieting and fasting behavior. *E-Journal of Applied Psychology: Social Section*, 1, 63-74.

- Nogueira, D., Faerstein, E., Coeli, C., Chor, D., Lopes, C. & Werneck, G. (2010) Reconhecimento, tratamento e controlo da hipertensão arterial. *Revista de Saúde Pública*, 27,103-105.
- Ogden, J. (1999). *Psicologia da Saúde*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Ogden, J. (2004). *Psicologia da Saúde*. Lisboa: Climepsi.
- Okay, Y. (1986). Atenção global à criança e modelo biomédico. *Pediatrics*, 8, 172-175.
- Oliveira, E., Tamanini, P., Souza, P., Bulbach, S. & Gomes, M. (2009). Autopercepção do estilo de vida em indivíduos com hipertensão arterial. *Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde*, 11, 18-24.
- Oliveira-Martins, S., Oliveira, T., Gomes, J., Caramona, M. & Cabrita, J. (2011) Factores associados à hipertensão arterial nos utentes de farmácias em Portugal. *Revista de Saúde Pública*, 45, 136-44.
- OMS (1986). *Carta de Ottawa para a promoção da saúde*. Versão portuguesa Uma Conferência Internacional para a Promoção da Saúde com vista a uma nova Saúde Pública, 17-21 Novembro, Ottawa, Canada. Lisboa: Direção Geral de Saúde.
- Pate, R., Pratt, M. & Blair, S. (1995). Physical activity and public health. A recommendation from the centers for disease control and prevention and the American College of Sports Medicine. *American Journal Medical Association* , 273, 402-7.
- Paula, J. & Paulino, V. (2005). A necessidade de uma prática holística em saúde e a formação de professores dos cursos da área da saúde na Universidade Estadual de Goiás (UEG). *Revista da UFG*, 7.
- Pereira, A. (2008). *Promoção e comportamentos de saúde: intervenção diagnóstica no cancro da mama*. (Tese de mestrado em Ativação do Desenvolvimento Psicológico não publicada). Universidade de Aveiro.
- Pereira, G. (2001). A perspectiva biopsicossocial na avaliação em psicologia da saúde: Modelo interdependente. *Teoria, Investigação e Prática*, 15, 3-6.
- Pereira, G. (2009). O psicólogo no contexto de saúde: modelos de colaboração. *Análise Psicológica*, 14, 357-361.

- Pereira, J. (1987). Será possível uma nova medicina? *Revista Crítica de Ciências Sociais*, 23, 185-193
- Peres, D., Magna, J., & Viana, L. (2003). Portador de hipertensão arterial: atitudes, crenças, percepções, pensamentos e práticas. *Revista Saúde Pública*, 37, 635-642.
- Pessuto, J. & Carvalho, E. (1998). Fatores de risco em indivíduos com hipertensão arterial. *Revista Latino-Americana*, 6, 33-39.
- Petrie, K. J. & Weinman, J. A. (1997). *Perceptions of Health & Illness*. In K.J Petrie & J. A. Weinman (Eds.) *Perceptions of Health and Illness. Current Research & Applications* (1-17). Singapore: Harwood Academic Publishers.
- Pires, C. & Mussi, F. (2008). Crenças em saúde para o controlo da hipertensão arterial. *Ciência e Saúde Colectiva*, 13, 2257-2267.
- Plano Nacional de Saúde (2004-2010) Programa de Intervenção Integrada sobre determinantes da saúde relacionados com os estilos de vida - 2004/2010. Ministério da saúde – Direção-Geral da saúde.
- Portal da saúde. Ministério da saúde. [Em linha]. Disponível em < www.min-saude.pt>. [Consultado em 12/04/2012].
- Puente, A. & McCaffrey, R. (1992). *Handbook of neuropsychological assessment: a biopsychosocial perspective*. Plenum Press: New York.
- Quartilho, M. (2001). *Cultura, Medicina e Psiquiatria. Do sintoma à experiência*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Ramalhinho, V. (2006). *Classificação da pressão arterial. Prevalencia da HTA. Recomendações*. In Polonia, J.; Carmona, J.; J., Saavedra (Eds). *A hipertensão arterial elevada na prática clínica*. Lisboa: Cortex – Publicações Técnicas e Científicas (11-15).
- Ramalhinho, V. (2006). *Consequências da HTA: Benefícios do controlo da HTA. Taxas de controlo da HTA*. In Polonia, J.; Carmona, J.; J., Saavedra (Eds). *A hipertensão arterial na prática clínica*. Lisboa, Cortex – Publicações Técnicas e Científicas (16-20).

- Ramirez-Hoffman, H. (2002). Acondicionamiento físico y estilos de vida saludable. *Colombia Médica*, 33, 3-5.
- Rebecca, H., Schall, J. & Hediger, M. (1992). *Health and lifestyle change*. University of Pennsylvania: MASCA.
- Recomendações de Adelaide. (1988). *Promoção da saúde e políticas públicas saudáveis, 2ª Conferencia Internacional sobre a promoção da Saúde*. Adelaide: Austrália.
- Rees, G., Fry, A.; Cull, A. & Sutton, S. (2004). Illness perceptions and distress in women at increased risk of breast cancer. *Psychology and Health*, 19, 749-765.
- Reis, J. (1999). Modelo metateórico da Psicologia da Saúde para o séc. XXI: Interação ou integração biopsicossocial? *Análise Psicológica*, 3, 415-433.
- Reis, J. (2005). *O que é a saúde?* Lisboa: Vega.
- Reis, M. & Glashan, R. (2001). Adultos hipertensos hospitalizados: percepção de gravidade da doença e de qualidade de vida. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 9, 51-7.
- Reza, C. & Nogueira, M. (2008). The Life Style of the Hypertensive Patient of a Program of Aerobic Exercise: Study in the Toluca City, Mexico. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem* 12, 265-70.
- Ribeiro, J. (1998). *Psicologia e Saúde*. ISPA
- Ribeiro, J. (2004). Avaliação das intenções comportamentais relacionadas com a promoção e proteção de saúde e prevenção das doenças. *Análise Psicológica*, 2, 387-397.
- Rocha, A. (1995). *Necessidades de saúde dos adolescentes na escola*. (Tese de mestrado em ciências de enfermagem, não publicada). Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Universidade do Porto.
- Rocha, J. & Marilda, L. (2007). *Pressão alta e stress: O que fazer agora?: Um guia de vida para o hipertenso*. São Paulo: Papirus Editora.
- Rodrigues, M., Pereira, A., Barroso, T. (2005). *Educação para a saúde: Formação pedagógica de educadores para a saúde*. Coimbra: Formasau.

- Roseiro, M. & Takayanagui, A. (2007). Novos indicadores no processo saúde-doença. *Saúde*, 33, 37-42.
- Rosen, G. (1993). *A history of public health*. United States of America: The Johns Hopkins University Press.
- Ross, S., Walter, A. & MacLeod, M. (2004). Patient compliance in hypertension: role of illness perceptions and treatment beliefs. *Journal of Human Hypertension*, 18, 607-613.
- Sadir, M., Bignotto, M. & Lipp, M. (2010). Stress e qualidade de vida: Influência de algumas variáveis pessoais. *Paideia*, 20, 73-81.
- Santos, J. (1999). Preocupações dos adolescentes e algumas práticas dos seus estilos de vida. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 2, 27-42.
- Santos, A. & Lima, C. (2009). Hipertensão de difícil controle: impacto no estilo de vida. *Revista Brasileira de Hipertensão*, 16, 5-6.
- Scliar, M. (2007). História do conceito de Saúde. *Revista de Saúde Coletiva*, 17, 29-41.
- Schwarzer, R. (2008). Modeling health behavior change: How to predict and modify the adoption and maintenance of health behaviors. *Applied Psychology*, 57, 1-29 . [abstract]
- Shapiro, A. (1996). *Hypertension and stress*. USA: Lawrence Erlbaum Associates.
- Shepard, D. (2010). *Lifestyle modification to control heart disease*. USA: Bartlett Publishers.
- Sichieri, R., Coitinho, D., Monteiro, J. & Coutinho, W. (2000). Recomendações de alimentação e nutrição saudável para a população brasileira. *Associação Brasileira de Endocrinologia e Metabolismo*, 3, 227-232.
- Smith, R. (2002). The Biopsychosocial Revolution: Interviewing and Provider-patient Relationships Becoming Key Issues for Primary Care. *Internal Medicine*, 17, 309-310.
- Sniehotta, F. F., Schwarzer, R., Scholz, U., & Schuz, B. (2005). Action planning and coping planning for long-term lifestyle change: Theory and assessment. *European Journal of Social Psychology*, 35, 565-576. [abstract]

- Sora, A. (2010). *Educação para a saúde: conceito e prática dos alunos de enfermagem*. (Monografia em enfermagem, não publicada). Universidade Fernando Pessoa. Ponte de Lima.
- Step toe, A. & Wardle, J. (1996). The European health and behavior survey: the development of an international study in health psychology. *Psychology of Health*, 11, 49-73.
- Stone, G. (1979). Patient compliance and the role of the expert. *Journal of Social Issues*, 35, 34-59 [abstrac]
- Sutton, S. (2008). How does the Health Action Process Approach (HAPA) Bridge the Intention–Behavior Gap? An Examination of the Model's Causal Structure. *Applied Psychology*, 57, 66-68.
- Tapadinhas, A. (2002). *Saúde, que conceção e vivência, um estudo exploratório na zona da grande Lisboa*. (Tese de Mestrado em psicologia da saúde não publicada). Instituto Superior de Psicologia Aplicada.
- Telles-Correia, D., Barbosa, A., Mega, I., Barroso, E. & Monteiro, E. (2007). Adesão nos doentes transplantados. *Acta Medicina Portugal*, 20, 73-85.
- Teixeira, E. (1996). A reflection about the holistic paradigm and holistic and health. *Revista Escola Enfermagem*, 30, 286-90.
- Teixeira, H. (2000). Holismo e medicina. *Revista Virtual de Medicina*, 8.
- Teixeira, J. (1993). *Psicologia da saúde e sida*. Lisboa: ISPA.
- Teixeira, J. (2004). Psicologia da Saúde. *Análise Psicológica*, 3, 441-448.
- The World Health Report (2002). *Reducing risks, promoting healthy life*. World Health Organization.
- Thirlaway, K. & Upton, D. (2009). *The psychology of lifestyle: Promoting healthy behaviour*. New York: Taylor & Francis Group.
- Timossi, L. (2009). *Correlações entre a qualidade de vida e a qualidade de vida no trabalho em colaboradores das indústrias de lacticínios*. (Tese de mestrado em Engenharia de Produção, não publicada). Universidade Tecnológica Federal do Panamá.

- Toldy, T., Jólluskin, G., Silva, I. & Meneses, R. (2011). Educação para a saúde – educação para a cidadania: Relato de duas experiências de extensão comunitária. *Antropológicas*, 12, 52-59.
- Toschke, A., Gulliford, M., Wolfe, C., Rudd, A. & Heuschmann, P. (2011) Antihypertensive treatment after first stroke in primary care: results from the General Practitioner Research database. *Journal of Hypertension*, 29, 154-160.
- Vaz, R. (2007). *Dicas e receitas para controlar a hipertensão*. Rio de Janeiro: Ediouro Publicações, S.A.
- Wagner, A., Sadoun A., Dallongeville, J., Ferrières, J., Amouyel, P., Ruidavets, J. & Arveiler, D. (2011). High blood pressure prevalence and control in a middle aged French population and their associated factors: the Monalisa study. *Journal of Hypertension*, 29, 43-50.
- Walters, G. (2006). *Lifestyle theory: Past, present and future*. New York: Nova Science Publishers.
- Weinman, J., Petrie, K., Moss-Morris, R. & Horne, R. (1996). The Illness Perception Questionnaire: A New method for assessing the cognitive representation of illness. *Psychology and Health*, 11, 431-445.
- Weiberger, M., Fineberg, N., Fineberg, S. & Weinberger, M. (2001). Salt sensitivity, pulse pressure, and death in normal hypertensive humans. *Journal of Hypertension*, 37, 429-32.
- Weinman, J. & Petrie, K. (1997). Illness perceptions: A new paradigm for psychosomatics? *Journal of Psychosomatic Research*, 43, 113-116.
- Wittman, C., Bolks, L. & Hutschemaekers, G. (2011). Development of the illness perceptions mental health. *Journal of Mental Health*, 20, 115-125.
- Wold, B. (1993). *Health behavior in school-aged children*. Cross-national survey. California: WHO.
- Zaitune, M., Barros, M., César, C., Carandina, L. & Goldbaum, M. (2006). Hipertensão arterial em idosos: Prevalência, fatores associados e práticas de controle no município de Campinas. *Caderno Saúde Pública*, 2, 285-294.

ANEXOS

Anexo 1 – Consentimento Informado

Universidade Fernando Pessoa
Faculdade de Ciências Humanas e Sociais
Porto



Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde

Eu, Susana Cristina Teixeira Melo, aluna de Psicologia da Universidade Fernando Pessoa, pretendo realizar um estudo sobre 'Percepção da tensão arterial elevada e estilos de vida', com o objectivo de avaliar o conhecimento da população sobre a tensão arterial elevada e identificar o estilo de vida adoptado.

Pelo que solicito a sua colaboração no sentido de responder a um breve questionário. Não existem respostas certas nem erradas.

As informações dadas são confidenciais e os dados anónimos.

A sua colaboração é fundamental para a realização deste estudo.

Muito obrigada pela atenção dispensada.

Susana Melo

Anexo 2 – Questionário Sociodemográfico

Questionário sócio-demográfico

Sexo:

Feminino ☐ Masculino ☐

Idade: _____

Estado civil:

Solteiro (a) ☐

Casado (a)/ União de facto ☐

Separado (a) ☐

Viúvo ☐

Outro ☐ Qual? _____

Escolaridade (último ano com aprovação): _____

Distrito e freguesia onde reside: _____

Profissão: _____

Alguma vez algum médico lhe disse que tinha tensão arterial elevada?

Sim ☐

Não ☐

Anexo 3 – Questionário da Percepção da Doença Para Pessoas Saudáveis

Instruções para os utilizadores:

Onde figura a palavra doença em itálico, deve inscrever-se o nome da doença avaliada.

Na escala da identidade e das atribuições causais podem ser incluídos outros sintomas específicos da doença avaliada ou atribuições causais que não constem dessa lista e que façam sentido no contexto da investigação

Por favor indique marcando com um círculo (sim ou não) se acha que estes sintomas estão relacionados com a *tensão arterial elevada*.

Este sintoma está relacionado com a *tensão arterial elevada*.

Dores	Sim	Não
Dores de garganta	Sim	Não
Náusea	Sim	Não
Falta de ar	Sim	Não
Perda de peso	Sim	Não
Fadiga (cansaço)	Sim	Não
Surgimento de sinais na pele	Sim	Não
Diarreia	Sim	Não
Olhos inflamados	Sim	Não
Dificuldades em respirar	Sim	Não
Tosse	Sim	Não
Dores de cabeça	Sim	Não
Indisposição de estômago	Sim	Não
Dificuldade em dormir	Sim	Não
Infecções	Sim	Não
Tonturas	Sim	Não
Perda de forças	Sim	Não

Estamos interessados na sua opinião sobre a tensão arterial elevada. Por favor indique o seu acordo ou desacordo com as seguintes afirmações, colocando uma cruz no quadrado que ache apropriado para o seu caso. Não há respostas certas nem erradas.

		Discordo plenamente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo plenamente
1	A <i>tensão arterial elevada</i> dura pouco tempo					
2	A <i>tensão arterial elevada</i> é uma doença mais permanente que temporária					
3	A <i>tensão arterial elevada</i> dura muito tempo					
4	A <i>tensão arterial elevada</i> passa depressa					
5	Acho que a <i>tensão arterial elevada</i> dura para o resto da vida					
6	A <i>tensão arterial elevada</i> é grave					
7	A <i>tensão arterial elevada</i> afecta seriamente a forma como o doente se vê enquanto pessoa					
8	A <i>tensão arterial elevada</i> tem sérias consequências económicas					
9	A <i>tensão arterial elevada</i> causa dificuldades àqueles que estão próximos do doente					
10	O que o doente faz pode determinar se a <i>tensão arterial elevada</i> melhora ou piora					
11	A evolução da <i>tensão arterial elevada</i> depende do próprio doente					
12	O doente tem o poder de influenciar a evolução da <i>tensão arterial elevada</i>					
13	O tratamento é eficaz na cura da <i>tensão arterial elevada</i>					
14	Os efeitos negativos da <i>tensão arterial elevada</i> poderão ser prevenidos ou evitados pelo tratamento					
15	O tratamento da <i>tensão arterial elevada</i> pode controlar a doença					
16	Os sintomas da <i>tensão arterial elevada</i> confundem-me					
17	A <i>tensão arterial elevada</i> é um mistério para mim					
18	Não compreendo a <i>tensão arterial elevada</i>					
19	Os sintomas da <i>tensão arterial elevada</i> vêm e vão em ciclos					
20	A <i>tensão arterial elevada</i> é muito imprevisível					
21	A <i>tensão arterial elevada</i> passa por fases em que melhora ou piora					
22	Fico deprimido(a) quando penso sobre a <i>tensão arterial elevada</i>					
23	Quando penso sobre a <i>tensão arterial elevada</i> fico perturbado(a)					
24	Se eu tivesse a <i>tensão arterial elevada</i> sentir-me-ia zangado(a)					
25	Fico ansioso(a) quando penso sobre a <i>tensão arterial elevada</i>					
26	A <i>tensão arterial elevada</i> faz-me sentir medo					

**As causas da
tensão arterial
elevada**

Gostaríamos de saber o que considera ser a causa da *tensão arterial elevada*. Como as pessoas são muito diferentes, não há respostas certas para esta questão. Estamos mais interessados nas suas opiniões acerca dos factores que causam esta doença, do que nas opiniões de outros, incluindo o que médicos ou outras pessoas lhe possam ter sugerido.

Abaixo encontra-se uma lista das causas possíveis para a *tensão arterial elevada*. Por favor indique o quanto concorda ou discorda com estas causas, marcando com um X o quadrado apropriado.

	Discordo plenamente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo plenamente
Stress ou preocupação					
Hereditariedade (é de família)					
Excesso de peso					
Tipo de alimentação					
Destino ou má sorte					
Poluição do ambiente					
O meu estado emocional (como por ex.: sentir-me em baixo, só, ansioso, vazio)					
O meu próprio comportamento					
Pouca assistência médica no passado					
Acidente ou lesão					
A minha personalidade (a minha maneira de ser)					
Envelhecimento					
Um micróbio ou um vírus					
A minha atitude mental como por ex.: pensar sobre a vida de uma forma negativa					
Alteração das defesas do organismo					
Não ter sido vacinado					
Problemas familiares ou preocupações					
Excesso de trabalho					

As causas mais importantes para mim são:

Por favor classifique por ordem de importância os três factores que lhe parecem poder causar a *tensão arterial elevada*

Pode usar qualquer uma das causas referidas no quadro anterior, ou outras que considere importantes.

1. _____
2. _____
3. _____

Obs. Optou-se por anexar o instrumento, uma vez, que se encontra publicado e disponível para utilização pelos investigadores.

Anexo 4 – Questionário de Atitudes e Comportamentos de Saúde

O MEU ESTILO DE VIDA

Neste questionário pretendemos que descreva o seu comportamento do dia-a-dia em diversas áreas que estão associadas à saúde. Por favor responda às afirmações que aparecem abaixo, utilizando os seguintes critérios:

- A – Quase sempre (90% ou mais das vezes)
 B – Com muita frequência (cerca de 75% das vezes)
 C – Muitas vezes (cerca de 50% das vezes)
 D – Ocasionalmente (cerca de 25% das vezes) E – Quase nunca (menos de 10% das vezes)

		Quase sempre	Com muita frequência	Muitas vezes	Ocasionalmente	Quase nunca
1	Faço exercício físico intenso durante pelo menos 20 minutos por dia, duas vezes por semana.	A	B	C	D	E
2	Ando a pé ou de bicicleta diariamente.	A	B	C	D	E
3	Pratico desporto que faz suar, pelo menos duas vezes por semana (p. ex, corrida, ténis, natação, basquetebol, futebol, etc.)	A	B	C	D	E
4	Tenho cuidado com o que como de modo a manter o peso.	A	B	C	D	E
5	Tenho cuidado com o que como de modo a reduzir a ingestão de sal.	A	B	C	D	E
6	Planifico a minha dieta de modo a que ela seja equilibrada quanto à variedade de nutrientes.	A	B	C	D	E
7	Não bebo mais de duas bebidas alcoólicas por dia.	A	B	C	D	E
8	Durmo o número de horas suficientes para me sentir repousado.	A	B	C	D	E
9	Mantenho as minhas vacinas em dia.	A	B	C	D	E
10	Verifico anualmente a minha pressão arterial.	A	B	C	D	E
11	Vou ao dentista anualmente verificar o estado dos meus dentes.	A	B	C	D	E
12	Vou anualmente ao médico fazer um <i>checkup</i> .	A	B	C	D	E

Relação entre a percepção da tensão arterial elevada e o estilo de vida adotado

13	Não guio (carro, motorizada, etc.) quando bebo demais, ou não viajo com um condutor que bebeu demais	A	B	C	D	E
14	Quando guio, ou quando viajo nalgum veículo, gosto de manter dentro dos limites de velocidade.	A	B	C	D	E
		Quase sempre	Com muita frequência	Muitas vezes	Ocasionalmente	Quase nunca
15	Quando viajo de carro no banco da frente, fora da cidade, coloco o cinto de segurança.	A	B	C	D	E
16	Evito tomar medicamentos sem serem recomendados pelo médico.	A	B	C	D	E
17	Evito fumar.	A	B	C	D	E
18	Evito ingerir alimentos com gordura.	A	B	C	D	E
19	Devido aos efeitos potencialmente perigosos da cafeína evito tomar bebidas tais como café, chá ou coca-cola.	A	B	C	D	E
20	Evito utilizar estimulantes (anfetaminas ou outros) mesmo em épocas de exames.	A	B	C	D	E
21	Evito tomar tranquilizantes.	A	B	C	D	E
22	Evito ingerir alimentos que são feitos à base de açúcar. (tais como bolos, chocolates, rebuçados, etc.)	A	B	C	D	E
23	Evito estar em ambientes saturados de fumo de tabaco.	A	B	C	D	E
24	Evito os ambientes muito ruidosos.	A	B	C	D	E
25	Evito os ambientes que tenham o ar poluído.	A	B	C	D	E
26	Evito mudar de parceiro sexual.	A	B	C	D	E
27	Evito ter relações com pessoas que não conheço.	A	B	C	D	E
28	Devido às doenças sexuais evito ter relações sexuais sem tomar precauções.	A	B	C	D	E

Obs. Optou-se por anexar o instrumento, uma vez, que se encontra publicado e disponível para utilização pelos investigadores.

Anexo 5 – Autorização para a utilização do IPQ-RH

Pedido de autorização

Maria Figueiras <figueirasmar@gmail.com>

17 de Outubro de 2011 14:01

Para Susana Cristina Teixeira de Melo <13701@ufp.edu.pt>

cara Susana

Presumo que se refere ao IPQ-RH (para pessoas saudáveis). Se for esse o caso, pode usar à vontade, apenas tem que referenciar o artigo publicado.

Gostava de ter uma cópia do trabalho quando o concluir.

Bom trabalho!

MJ

[Citação ocultada]

Anexo 6 – Autorização para utilização do QACS

Pedido de autorização

José Luis Pais Ribeiro <jlpr@fpce.up.pt>

17 de Outubro de 2011 10:20

Responder a: jlpr@fpce.up.pt

Para Susana Cristina Teixeira de Melo <13701@ufp.edu.pt>

Para o primeiro questionário deverá pedir à pessoa que o traduziu a Doutora Maria João Figueiras.

Para o segundo autorizo a utilização que pede.

José Luis Pais Ribeiro

jlpr@fpce.up.pt

mobile phone: (351) 965045590

web page: <http://sites.google.com/site/jpaisribeiro/>

[Citação ocultada]

> --

> This message has been scanned for viruses and
> dangerous content by MailScanner, and is
> believed to be clean.

>

>

--

This message has been scanned for viruses and
dangerous content by MailScanner, and is
believed to be clean.

Anexo 7 – Parecer da Comissão de Ética da Universidade Fernando Pessoa



Universidade Fernando Pessoa
www.ufp.pt

Das conhecimento
é duplo e as
orientações.

11/01/2012

Exma. Senhora
Prof. Doutora Inês Gomes
Directora da Faculdade de Ciências Humanas e Sociais

Porto, 10 de Janeiro de 2012

Exma. Senhora Prof. Doutora,

Em relação à proposta de trabalho de Susana Cristina Teixeira de Melo "Percepção da tensão arterial elevada e estilos de vida" considerou-se nada haver a obstar à sua realização, do ponto de vista ético, uma vez que se trata do preenchimento de um questionário que é anónimo e que os participantes, ao preenchê-lo, dão implicitamente o consentimento para participar no estudo. Não haverá portanto qualquer problema com o processo a distribuir pelos participantes.

Com os melhores cumprimentos.

O Presidente da
Comissão de Ética

J. Fleming Torrinha



Fundação Ensino e Cultura "Fernando Pessoa"

PHD 502.507.601 + Eng. Engenheiro(a) 26/Correspondência de Raciocínio Geral (Corso de Pós-graduação em Engenharia de Edificações e Arquitetura de Edificações Humanas e Sociais) | Faculdade de Ciências e Tecnologia | Praça 9 de Abril, 339 - 4219-004 Porto-Portugal - T. +351 252 507 1320 - F. +351 252 550 6269 - geral@fct.pt | Faculdade de Ciências da Saúde | Escola Superior de Saúde | R. Carlos da Silva, 295 - 4200-135 Porto-Portugal - T. +351 252 507 4630 - F. +351 252 507 4637 - R. Deolinda Silva 334 - 4200-253 Porto-Portugal - T. +351 252 559 6311 - geral@ua.pt | UNIMED de Ponte de Lima - Rua da Casa da Guarda - R. Conde de Berridos - 4990-018 Ponte de Lima Portugal - T. +351 258 741 026 - F. +351 258 741 024 - geral@unimed-ponte-de-lima.pt